



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem Médico-Cirúrgica**

**Vertente Pessoa Idosa**

**Avaliação do Estado Nutricional da Pessoa Idosa**

**com Insuficiência Cardíaca Hospitalizada:**

**Parceria como Intervenção de Enfermagem para a**

**Promoção do Cuidado de Si**

**Sara Santos**

**2012**



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica**

#### **Vertente Pessoa Idosa**

### **Avaliação do Estado Nutricional da Pessoa Idosa com Insuficiência Cardíaca Hospitalizada: Parceria como Intervenção de Enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si**

**Sara Santos**

**Orientadora:** Prof.ª Doutora Idalina Gomes

**Coorientadora:** Mestre Sara Lopes

**Relatório de estágio orientado por:** Prof.ª Doutora Idalina Gomes

**2012**

## RESUMO

Assiste-se atualmente a uma transição demográfica com crescente aumento do envelhecimento da população. Esta realidade é acompanhada do aparecimento de doenças crónicas com uma maior dependência da população para os cuidados de saúde.

Estes dois factos promovem alterações do estado nutricional da pessoa idosa, a sua avaliação constitui-se uma intervenção de enfermagem visando o desenvolvimento de estratégias centradas na pessoa.

O objetivo deste projeto foi contribuir para o controlo do estado nutricional da pessoa idosa com Insuficiência Cardíaca (IC) hospitalizada, através da aplicação do *Mini Nutritional Assessment* (MNA) e mobilizando o modelo de parceria como intervenção de enfermagem para promover o Cuidado de Si, desenvolvendo competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa idosa.

A metodologia utilizada foi a de projeto através da análise de documentos, registos de observação, entrevistas semiestruturadas à pessoa idosa e formação aos elementos de equipa de enfermagem. Foram acompanhados 15 idosos com IC que estiveram hospitalizados no serviço de cardiologia no período de outubro/2011 a janeiro/2012.

Os resultados da avaliação revelaram que 60% das pessoas idosas hospitalizadas apresentavam risco de desnutrição na primeira aplicação do *MNA*, as estratégias delineadas em parceria com a pessoa idosa e suas famílias revelaram-se favoráveis na medida em que contribuíram para a melhoria do score do MNA (100%).

Conclui-se que a intervenção em parceria torna-se fundamental para a construção de uma relação de confiança que conduz ao desenvolvimento de compromissos entre enfermeiro - doente permitindo assegurar o Cuidado de Si em relação à otimização do estado nutricional.

**Palavras-Chave:** Estado nutricional e envelhecimento, parceria, intervenções de enfermagem, promoção do Cuidado de Si.

## **ABSTRACT**

We are witnessing today a demographic transition with increasing aging population. This reality is accompaniedd , greater dependence of the population for health care.

These two facts promote changes in the nutritional status of elderly people, their evaluation constitute a nursing intervention aimed at developing strategies focused on the person.

The objective of this project was to contribute to the control of the nutritional status of elderly people with heart failure (HF) hospitalized, through the application of the Mini Nutritional Assessment (MNA) and mobilizing the partnership model as a nursing intervention to promote self-care, developing skills as a specialist nurse in medical-surgical nursing in providing care for the elderly.

The methodology used was the project through the analysis of documents, records of observation, semi structured interviews for the elderly and training elements of the nursing team. Were followed 15 individuals with HF who were hospitalized in the cardiology service in a period of October/2011 January/2012.

The evaluation results revealed that 60% of hospitalized elderly were at risk of malnutrition, the strategies outlined in partnership with the elderly and their families turned out to be favourable as it helped to improve the score of the MNA (100%).

In conclusion the intervention in partnership is essential to build a relationship of trust that leads to the development of commitments between the nurse-patient care while guaranteeing the self-care in relation to optimization of nutritional status.

Keywords: Nutritional status and age, partnership, nursing interventions, promotion of self-care.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AHA - *American Heart Association*

APA - *American Psychological Association*

Av. - Avaliação

AVD – Atividades de Vida Diária

DGS – Direção Geral de Saúde

DPC – Desnutrição Proteico Calórica

ESC – *European Society of Cardiology*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HDIC – Hospital de Dia Insuficientes Cardíacos

IC – Insuficiência Cardíaca

ICN – *International Council of Nurses*

INE – Instituto nacional de Estatística

MNA – *Mini Nutritional Assessment*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional de Saúde Pessoas Idosas

p.e. – por exemplo

UIDE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

UR – Unidade de registo

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>09</b>
<b>1. PROBLEMÁTICA .....</b>	<b>13</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
2.1. Nutrição e Envelhecimento .....	19
2.1.1.Necessidades nutricionais da pessoa idosa.....	21
2.1.2.A pessoa idosa com IC hospitalizada e o estado nutricional .....	22
2.2. A pessoa idosa com IC como parceira de Cuidados no processo de transição saúde-doença ...	25
<b>3. METODOLOGIA DESENVOLVIDA .....</b>	<b>32</b>
3.1. Finalidade e objetivos de estágio .....	33
3.2. Caracterização do contexto de estágio .....	34
3.3. Questões éticas .....	35
3.4. Atividades realizadas e resultados obtidos .....	36
3.5. Implicações na prática e limitações ao estudo.....	59
<b>4. CONCLUSÕES .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>64</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
Anexo I – <i>Mini Nutritional Assessment</i> .....	73
Anexo II – Autorizações para realização do estágio e do projeto .....	75
Anexo III – Escala de avaliação do risco de queda de <i>Morse</i> .....	78
Anexo IV – Índice de <i>Barthel</i> .....	80
Anexo V – Escala de Avaliação <i>Lawton e Brody</i> .....	82
Anexo VI – Escala de Avaliação Breve do Estado Mental .....	86
Anexo VII - Avaliação qualitativa do estágio .....	93



conhece da pessoa idosa sobre o seu estado nutricional.....	40
Gráfico 3 – Resultados dos <i>MNA</i> aplicados.....	47
Gráfico 4 – Dados que passaram a estar contemplados nos registos de enfermagem acerca do estado nutricional da pessoa idosa .....	54
Gráfico 5 – Número de idosos reavaliados .....	56
Gráfico 6 – Resultados da reavaliação dos <i>MNA</i> .....	57

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caraterização da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia .....	35
Quadro 2 – Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase diagnóstica do projeto.....	36
Quadro 3 – Itens da avaliação dos registos de enfermagem .....	39
Quadro 4 – Matriz da análise das notas de campo .....	42
Quadro 5 – Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de desenvolvimento do projeto .....	44
Quadro 6 – Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de avaliação do projeto .....	53
Quadro 7 – Matriz da análise das entrevistas realizadas à pessoa idosa .....	58



## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e científico que se assiste atualmente tem contribuído para o aumento da esperança de vida. Verifica-se a nível mundial uma inversão da pirâmide demográfica devido, essencialmente, à diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, contribuindo assim para um envelhecimento demográfico. Em Portugal, segundo o Censos 2011, a população idosa é de 2,023 milhões de pessoas o que corresponde a sensivelmente 19% da população total (Instituto Nacional Estatística [INE], 2012). Promover um envelhecimento saudável onde o idoso mantenha qualidade de vida, independência e autonomia tem-se tornado um verdadeiro desafio.

A transição demográfica que se assiste faz-se acompanhar de uma maior probabilidade de dependência da população dos cuidados de saúde e do aparecimento de doença crónica, a qual é descrita pela Organização Mundial Saúde (OMS) (2005) como aquela que apresenta um carácter permanente, que promove incapacidade/deficiência, que tem causa patológica, ou que exige formação especial do doente para a sua reabilitação ou períodos prolongados de observação ou cuidados.

Reconhecendo a importância do controlo do surgimento das doenças crónicas, a Direcção-Geral de Saúde (DGS) (2008a) definiu o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde, relacionados com os estilos de vida, no qual são definidos objetivos estratégicos de modo a diminuir os fatores de risco para as doenças crónicas não-transmissíveis. O Plano Nacional de Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI) (2004-2010) recomenda uma atenção especial com os idosos em situações de maior vulnerabilidade, como por exemplo: a idade avançada, as alterações sensoriais, a *desnutrição*, a incontinência de esfíncteres, a polimedicação e o risco de queda.

Segundo Louro (2004, p.4), *devido à maior prevalência de dependência e de doenças crónicas, verifica-se uma maior propensão para problemas nutricionais no indivíduo idoso* esta é uma situação frequente atingindo cerca de 50% dos doentes hospitalizados com mais de 60 anos e 77% com mais de 80 anos (European Nutrition for Health Alliance, citado por Loureiro, 2008). Loureiro refere ainda que a desnutrição afeta cerca de 12% das pessoas portadoras de doença crónica, a sua causa é multifactorial, revela-se complexa e carece de uma avaliação precoce que permita uma intervenção adequada e atempada de modo a prevenir algumas complicações tais

como infeções, úlceras de pressão, agravamento de doenças crónicas e alterações da consciência (Fonseca, 2009; Loureiro, 2008; Louro, 2004).

Os modelos de cuidados da doença crónica, fomentam estratégias de apoio à autogestão da doença informando e capacitando os doentes para gerirem a sua própria saúde e cuidados de saúde. O papel do enfermeiro destaca-se pelo estabelecimento de uma relação com o doente, família e comunidade de modo a envolvê-los como parceiros ativos na manutenção do seu processo saúde-doença permitindo a continuação do seu projeto de vida (Sousa, 2005; International Council of Nurses [ICN], 2010).

No contexto das doenças crónicas, as doenças cardiovasculares pelas suas características multidimensionais e importantes consequências, não só para o indivíduo como para a sociedade e para o próprio sistema nacional de saúde, revelam-se como um grave problema de saúde pública que exige uma abordagem planeada e estruturada que vise diminuir o seu impacto.

Segundo o Portal da Saúde (2005), as doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal estimando-se que até ao ano de 2030, 23,6 milhões de pessoas morram com esta patologia (ICN, 2010).

Entre as doenças cardiovasculares encontra-se a Insuficiência Cardíaca (IC) que tem uma grande expressão na população idosa, com consequências na qualidade de vida e sobrevida do indivíduo (Leibundgut, Pfisterer & La Rocca, 2007). Segundo Sahade e Montera (2009, p.400), *aproximadamente 23 milhões de pessoas são portadoras dessa doença e dois milhões de novos casos são diagnosticados por ano.*

Estudos revelam que os doentes com IC apresentam risco de desnutrição tanto relacionado com a capacidade de comer, como com a absorção dos nutrientes (American Heart Association [AHA], 2006; Latado, 2009; Sahade & Montera, 2009). França, Cebola, Gouveia e Mendes (2011:27) referem que *as alterações cardiovasculares associadas ao envelhecimento são grandemente influenciadas por factores ambientais tais como os hábitos alimentares, tabágicos e exercício físico. Uma nutrição adequada terá implicações favoráveis nos factores de risco das doenças cardíacas.*

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, área de especialização Pessoa Idosa, foi-me proposto a realização de um estágio com a

finalidade de desenvolver competências no cuidado diferenciado à pessoa idosa e com pertinência na prática e no contexto onde será realizado.

Assim, o relatório aqui apresentado é referente ao projeto de estágio intitulado “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada: parceria como intervenção de enfermagem para promover a capacidade do Cuidado de Si” que pretende contribuir para o controlo do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada, promovendo a capacidade do Cuidado de Si.

Para a concretização do estágio foi necessária uma reflexão acerca das competências desenvolvidas durante o meu percurso profissional. A minha prestação de cuidados ao adulto/idoso há cerca de 15 anos e o contributo do saber teórico e reflexivo, fomentado primeiramente com uma pós-graduação na área da geriatria e agora com a frequência do mestrado em enfermagem na vertente da pessoa idosa, foram determinantes para que atingisse o nível de proeficiente nesta área. Segundo o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências aplicado à enfermagem descrito por Benner (2001, p.54) a enfermeira proficiente *apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas*. Desenvolvo a minha prática diária tendo por base uma compreensão da situação global da pessoa idosa visando uma resposta eficaz às necessidades da pessoa de quem cuido.

A realização deste projeto surge com o objetivo de desenvolver competências específicas no sentido de atingir o grau de perita na prestação de cuidados à pessoa idosa que segundo a mesma autora *já não se apoia sobre um princípio analítico (...) compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis* (Benner, 2001, p.58).

Tendo em conta o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2010 (OE; 2010) e o perfil de competências definido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) para o *Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (ESEL, 2010) com este estágio pretendo desenvolver competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica mais concretamente na prestação de cuidados especializados à pessoa idosa, na formação, gestão e investigação. O meu foco de interesse situou-se numa etapa concreta do ciclo de vida -

Saúde do Idoso - que de acordo com a OE (2009a, p.7) é dirigida aos *projectos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde/doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.*

Considerando estes pressupostos foram definidos os seguintes objetivos gerais de estágio:

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa com IC hospitalizada, relativamente à avaliação do seu estado nutricional promovendo assim a capacidade do cuidado de si.
- Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada para a promoção da capacidade do cuidado de si.

A compreensão da problemática exposta foi suportada no Modelo de intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa desenvolvido por Gomes (2009), o qual perspetiva o indivíduo como responsável pelo seu projeto de vida, e na Teoria de Transição de Meleis (Meleis, 2000). Para Meleis a enfermagem constitui um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida.

A metodologia de intervenção no estágio foi a de projeto que segundo Ruivo, Ferrito e Nunes (2010, p.3) *tem como objectivo principal centrar-se na resolução de problemas e, através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projectos numa situação real.*

O trabalho que aqui se apresenta é composto por cinco partes. Inicia-se com a introdução, onde se contextualiza o tema, seguindo a descrição da problemática em causa. Em continuidade surge o enquadramento teórico com base na revisão da literatura, onde se enfatiza a importância da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC durante a hospitalização e o desenvolvimento de intervenções em parceria com a pessoa. A metodologia desenvolvida inclui as opções metodológicas, a caracterização do contexto de estágio, questões éticas implícitas, as atividades realizadas e os resultados obtidos. A finalizar, algumas notas conclusivas.

Para a elaboração deste relatório, foram consideradas as indicações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, o enunciado das referências bibliográficas baseou-se na Norma da American Psychological Association (APA).

## 1. PROBLEMÁTICA

Neste momento do presente relatório pretendo fundamentar a pertinência da problemática em análise inserindo-a no serviço de cardiologia de um hospital central de Lisboa, contexto de estágio onde foi desenvolvido o meu projeto de ação.

A minha experiência profissional foi sempre direcionada para a prestação de cuidados à população adulta/idosa permitindo-me situar ao nível de enfermeira proeficiente segundo o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências de Benner (2001). Durante este percurso surgiu a necessidade e interesse em frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica área de especialização pessoa idosa. Esta simbiose fez-me despertar para a problemática das alterações do estado nutricional na pessoa idosa com doença crónica. A desnutrição associada ao processo de envelhecimento e à existência de doença crónica são apontados como fatores de fragilidade da pessoa idosa com impacto direto na qualidade de vida e gestão da doença, constituindo-se uma área importante dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto durante o curso acima referido, realizei o estágio da opção I no serviço de cardiologia de um hospital central, onde se constata um grande número de pessoas idosas hospitalizadas com IC com situações complexas de cuidados de enfermagem que poderiam constituir uma oportunidade de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área de intervenção à pessoa idosa, facto que motivou o desenvolvimento do projeto neste contexto clínico.

Com a realização do estágio pretendi desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa bem como alcançar o nível de perita segundo o modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências. A enfermeira perita vai ao centro do problema através de uma compreensão global da situação agindo com adaptabilidade e flexibilidade oferecendo recursos com os quais a pessoa se possa reconstruir (Benner, 2001). A autora refere também que *as peritas podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção faz a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrentes da sua prática torna-se visível* (Benner, 2001, p.61).

Os modelos de cuidados para as doenças crónicas, nomeadamente nas doenças cardiovasculares, preconizam medidas de promoção da saúde no sentido de uma mudança nos hábitos de vida das pessoas promovendo o bem-estar, a qualidade de vida e o controlo da doença. O enfermeiro tem um papel fundamental devendo

estabelecer uma relação com o utente de modo a personalizar a informação, confrontá-lo com os seus hábitos e promover a sua consciencialização para o risco (Ricou et al, 2004).

A desnutrição da pessoa idosa é geralmente multifatorial englobando questões fisiológicas, físicas, psicossociais e económicas, constituindo-se um importante fator de risco para a morbilidade e mortalidade da pessoa idosa (França et al, 2011; Louro, 2004). Verifica-se que a nível governamental as preocupações na área da nutrição, em especial para a população idosa, têm sido um crescente. O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2004b) recomendava um aumento de consumo de fruta e vegetais e uma redução no sal, álcool e gorduras, de modo a promover uma alimentação saudável. O PNSPI (2004a) reforçava, ainda, a importância da educação para a saúde nas áreas da alimentação, nutrição e hidratação com o objetivo de um Envelhecimento Ativo *entendido como um processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, tendo como objectivo melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem* (WHO, 2005, p.13). Em 2008, a DGS reforçou a ideia na publicação de um caderno temático acerca da alimentação para as pessoas idosas (Ministério da Saúde 2008b).

Particularizando para a IC, existem vários fatores que podem contribuir para a desnutrição na pessoa idosa. Alguns destes interferem com a capacidade de comer, como as alterações do estado mental, dispneia, fadiga e cansaço, outros são responsáveis pela má absorção alimentar, como a anorexia e a compressão gastrointestinal que ocorre devido a uma pressão exercida pelo excesso de líquidos (AHA, 2006). Por outro lado, a desnutrição associada ao envelhecimento aumenta o risco de IC devido à perda de músculo cardíaco (França et al, 2011).

Verifica-se ainda que uma pessoa idosa com alterações do seu estado nutricional vê aumentados os dias de internamento estando sujeito à ocorrência de um maior número de complicações (Candela, Blanco, Pérez & Fuster, 2010; França et al, 2011). No seu estudo, Louro (2004: 36) verificou *que o mau estado nutricional foi proporcional ao aumento do tempo de internamento*.

Pelo exposto compreende-se a estreita relação entre a IC e o estado nutricional. A avaliação sistemática do estado nutricional da pessoa idosa surge como uma necessidade identificando os seus fatores de risco e definindo uma intervenção de enfermagem precoce que vise a promoção da saúde e a prevenção da doença.

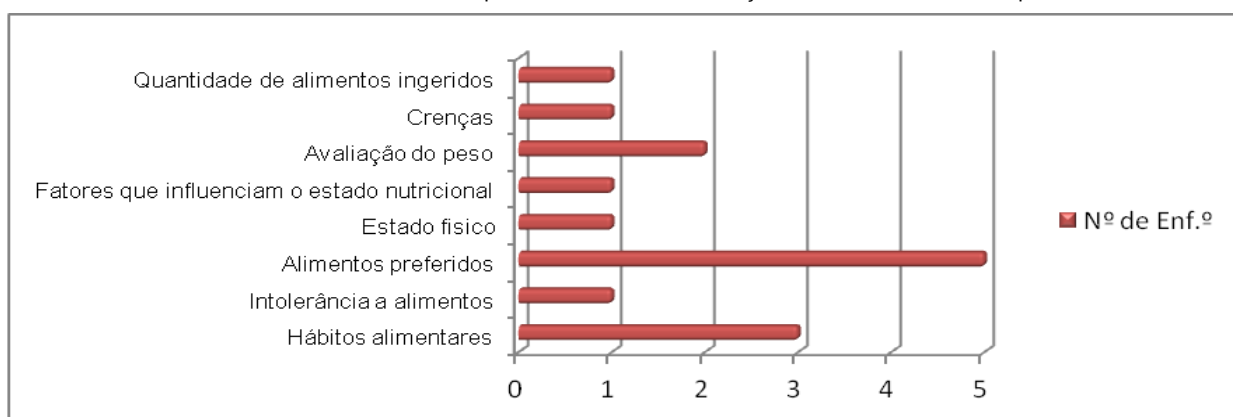
Malafaia (2009, p.101) refere que *a desnutrição hospitalar, apesar de ser um problema comum, não é frequentemente identificada como importante na avaliação dos pacientes*. Na pessoa idosa esta avaliação revela-se ainda mais complexa, uma vez que têm de ser tidas em conta as mudanças relacionadas com o próprio processo de envelhecimento exigindo indicadores e critérios específicos para aquele grupo etário (Ferry & Alix, 2004; Loureiro; 2008).

O estudo efetuado em 2009 por Suominen, Sandelin, Soini e Pitkala, veio revelar uma reduzida capacidade dos enfermeiros em reconhecer o estado de má nutrição em pessoas idosas com doença crónica hospitalizadas, sendo que apenas 15,2% dos doentes idosos considerados no estudo foram percebidos com alterações do estado nutricional comparativamente com os 56% identificados após a aplicação do *Mini Nutritional Assessment (MNA)*. As autoras do estudo fazem notar que o ensino de enfermagem realizado não estava direcionado para a população idosa. Esta realidade vem tornar premente a formação dos enfermeiros na área da avaliação do estado nutricional.

Tendo em conta os resultados da evidência científica encontrada, pretendi desde logo conhecer a realidade existente no meu contexto de estágio. Com este propósito, na primeira semana de estágio apliquei um questionário aos enfermeiros do serviço que prestavam cuidados à pessoa idosa com IC. Foram colocadas três questões abertas de modo a perceber a importância atribuída pelos enfermeiros à avaliação do estado nutricional, os fatores considerados para proceder a esta avaliação e as dificuldades sentidas nesse processo.

Na análise dos cinco questionários (Apêndice I), todos os enfermeiros referiram que a avaliação do estado nutricional é importante, relativamente aos fatores considerados na avaliação foram referidos vários aspetos como se pode observar no seguinte gráfico.

Gráfico 1 – Fatores considerados pelos enfermeiros na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa



Nas respostas não houve nenhuma referência às dificuldades sentidas.

Verificou-se então preocupação por parte dos enfermeiros relativamente às preferências e hábitos alimentares da pessoa, em relação à avaliação do peso dos doentes esta é essencialmente dirigida para a verificação da existência de retenção de líquidos.

Quando questionados informalmente sobre a sua intervenção junto de uma pessoa idosa que não se alimenta de uma forma adequada, os enfermeiros referiram intervir no sentido de alteração da dieta com base nas preferências do doente bem como no encaminhamento da situação para a dietista do serviço e ensino acerca da importância da dieta no contexto da sua doença crónica. De destacar que estas informações não surgem contempladas nos registos de enfermagem por mim analisados nos processos dos doentes.

Assim, parece ser possível inferir que o estado nutricional da pessoa idosa é um tema valorizado pelos enfermeiros do serviço no entanto, a sua abordagem não é feita de uma forma estruturada, correndo o risco de alguns casos não serem despistados atempadamente não se desenvolvendo por isso uma intervenção de enfermagem adequada.

No suposto de algumas lacunas existentes neste contexto de saúde, sobre a monitorização do estado nutricional da pessoa idosa com IC, este projeto de estágio teve como finalidade contribuir para o controlo do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada, promovendo a capacidade do cuidado de si.

Com o mesmo, pretendo desenvolver e adquirir competências ao nível da prática clínica, da formação, da investigação e da gestão. Para tal, definiram-se os seguintes objetivos de estágio:



-Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa com IC hospitalizada, relativamente à avaliação do seu estado nutricional promovendo a capacidade do cuidado de si.

-Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada visando a promoção da capacidade do cuidado de si.

O próximo capítulo será referente à fundamentação teórica deste projeto onde se pretende compreender a problemática da nutrição na pessoa idosa realçando as suas necessidades, principalmente na presença de uma doença crónica como a IC.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Para o desenvolvimento deste projeto foi importante perceber as alterações decorrentes do processo de envelhecimento que afetam direta ou indiretamente o estado nutricional, identificar as complicações decorrentes da desnutrição na pessoa idosa. Foram ainda analisadas questões relativas à pessoa idosa com IC hospitalizada e a sua relação com o estado nutricional. Deste modo pretendi uma sustentação teórica desta problemática, que clarificasse os conceitos subjacentes ao fenómeno, enquadrando-se num corpo científico relevante.

Para compreender esta problemática supor-tei-me na teoria de médio alcance em enfermagem de Meleis (2000), apesar de não ser específica para a pessoa idosa considero-a bastante pertinente, uma vez que esta se relaciona com as mudanças que ocorrem ao longo do ciclo de vida. Inserida nas teorias com enfoque no desenvolvimento e crescimento pessoal e na adaptação do Ser Humano que se encontra em constante mudança na capacidade para o autocuidado a teoria de médio alcance de Meleis desenvolve estratégias com vista à manutenção e promoção do estado de saúde e promoção do autocuidado (Zagonel; 1999). A dependência associada ao processo Saúde - Doença e as respetivas consequências, como é o caso da hospitalização, constituem eventos de transição, as alterações que surgem desses acontecimentos assim como o nível de envolvimento e o significado que a pessoa idosa atribui ao que está a experienciar, são aspetos determinantes para a ocorrência duma transição saudável. O foco de atenção do enfermeiro centra-se na pessoa, que está em constante interação com o ambiente, e que pode experimentar desequilíbrios, necessidades não satisfeitas ou incapacidade para cuidar de si. A atuação do enfermeiro deve ser no sentido de facilitar essa adaptação a uma nova forma de estar e ser, fomentando o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis, 2000, 2007).

Com o objetivo de incluir a pessoa idosa nos cuidados e desenvolver um trabalho em parceria adotei o modelo de intervenção em parceria na promoção do cuidado de Si de Gomes (2009).

## 2.1. Nutrição e envelhecimento

Este capítulo irá incidir nas alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as suas implicações no estado nutricional da pessoa idosa.

*O normal processo de envelhecimento engloba várias alterações que têm influência na vida dos idosos e repercussões no seu estado nutricional* (França et al, 2011, p.27). A nutrição pode ter uma influência positiva neste processo com ganhos na qualidade de vida da pessoa diminuindo o aparecimento ou agravamento de algumas doenças crónicas (Ferry & Alix, 2004; Loureiro, 2008).

Realizar uma adequada avaliação nutricional e personalizar a intervenção contribui para melhoria do estado nutricional, de saúde e capacidade funcional (Oliveira, Fogaça & Leandro-Merhi, 2009; Sousa & Guariento, 2009). Estudos citados por Malafaia (2008) referem que alguns efeitos do envelhecimento podem ser modificados se se prestar alguma atenção à alimentação e ao estado nutricional da pessoa.

Durante o processo de envelhecimento podem ocorrer mudanças fisiológicas, psicológicas, socioeconómicas e culturais que afetam tanto a ingestão de alimentos como o prazer da alimentação.

O paladar modifica-se principalmente devido à diminuição do número de papilas gustativas situadas na parte lateral da língua evidenciando apenas os sabores ácido e amargo em detrimento dos doces e salgados, o que pode justificar em parte a anorexia do idoso (Subtil, 2011), tendencialmente há um maior consumo de açúcar e sal (Saraiva, 2011). Por outro lado a xerostomia, resultante por exemplo da degenerescência da função das glândulas salivares ou de patologias, e que se traduz por uma diminuição da produção de saliva têm impacto no processo da deglutição e consequentemente na atividade de comer. (Saraiva, 2011; Subtil, 2011).

Ocorre, também, diminuição do olfacto o que origina uma perda importante pelo gosto e interesse na refeição, ainda agravado por outras alterações decorrentes do processo de envelhecimento como problemas de dentição e/ou próteses dentárias mal ajustadas, redução da força de mastigação e lentificação dos reflexos fatores que condicionam o processo de se alimentar. (Bergert et al, 2009; Saraiva, 2011; Subtil, 2011). Para tentar reduzir estas situações Ferry e Alix (2004) sugerem um bom aporte hídrico, uma higiene dentária mantida bem como medidas que promovam a secreção salivar tais como mastigar pausadamente e ingestão de alimentos saborosos.

Para além das mudanças que sucedem com a ingestão dos alimentos, também a digestão e a absorção sofrem alterações. Assiste-se a uma digestão mais lenta com o envelhecimento, com reduzida capacidade de esvaziamento gástrico e diminuição da motilidade do aparelho digestivo situações que se agravam com processos patológicos. Relativamente à absorção parece que não sofre grandes alterações no decorrer do envelhecimento, no entanto a qualidade dos nutrientes ingeridos, a patologia associada e os medicamentos podem influenciar esta função e contribuir para o desenvolvimento de défices nutricionais crónicos (França et al, 2011).

Surgem alterações motoras que dificultam a manipulação dos utensílios não só na confeção dos alimentos mas também no próprio processo de se alimentar, reduzindo o leque de escolha dos alimentos consumidos determinando, muitas vezes, uma dieta monótona e isenta de alimentos frescos (Subtil, 2011).

Existem ainda alterações da função neurológica e cognitiva e problemas psicológicos, como a depressão que influenciam não só a capacidade da pessoa idosa para se alimentar como a quantidade, qualidade dos alimentos ingeridos e o interesse pela atividade comer (Loureiro, 2008).

Os problemas socioeconómicos prendem-se com dificuldades económicas para a compra de determinados alimentos quer em quantidade quer em qualidade, sentimentos de solidão e o isolamento levam a pessoa a desinteressar-se pela confeção dos alimentos e por comer com repercussões na manutenção de um bom estado nutricional (Loureiro, 2008).

Os aspetos culturais e espirituais são relativos às crenças e tradições da própria pessoa e limitam por vezes a ingestão de alguns alimentos.

Estão, também, associados ao risco de desnutrição outros fatores como o consumo de álcool, a polimedicação, a perda de peso, a dependência nas atividades de vida diárias, hospitalização, cirurgias, problemas de saúde mental, institucionalização, situações patológicas como a diarreia, desidratação, febre, disfagia entre outros (Loureiro, 2008; Subtil, 2011).

Compreende-se assim que a nutrição na pessoa idosa é um fenómeno multifatorial que representa um fator determinante na prevenção e evolução de determinadas patologias com reflexo na saúde, longevidade e qualidade de vida. A sua abordagem deve ser personalizada com identificação da causa para o estabelecimento de estratégias que vise uma resposta adequada às necessidades nutricionais.

### 2.1.1 Necessidades nutricionais da pessoa idosa

Pode constatar-se que as exigências nutricionais da pessoa idosa são semelhantes à população jovem embora com menor aporte calórico dada a diminuição do metabolismo basal (Loureiro, 2008). A DGS (2008) refere que o idoso necessita *dos mesmos nutrientes, em igual quantidade, excepto no caso do cálcio e vitamina D cujas necessidades aumentam com a idade* (DGS, 2008, p.5). A variedade alimentar deve ser garantida através do consumo de alimentos dos 7 Grupos da Roda dos Alimentos.

A maior ingestão calórica deve provir dos hidratos de carbono (55%) que constituem uma fonte importante de energia (Eliopoulos, 2005). O pão, os cereais, as batatas e os legumes secos *fornece energia sob a forma de glícidos (ou hidratos de carbono) complexos que são teoricamente absorvidos mais lentamente que a glucose que é um açúcar simples* (Ferry & Alix, 2004, p.12). A presença de fibras encontradas nos cereais integrais e legumes secos representam um grupo alimentar fundamental na medida em que atrasam o esvaziamento gástrico.

As fibras solúveis, que se encontram p. e. na aveia e cevada reduzem os níveis séricos de colesterol. Relativamente às fibras insolúveis (exemplo leguminosas e vegetais) promovem o funcionamento intestinal revelando-se um grupo importante na prevenção da obstipação uma vez que na pessoa idosa ocorre diminuição da motilidade intestinal (Eliopoulos, 2005). Este facto deve ser tido em linha de conta visto que a absorção de minerais, proteínas e vitaminas pode estar comprometida.

O aporte proteico é outro aspeto importante, na pessoa idosa o seu consumo é habitualmente inferior ao recomendado (cerca de 1gr/kg de peso) tendo repercussões na manutenção dos sistemas enzimáticos, note-se que não existem reservas proteicas no organismo, assim uma diminuição do seu consumo implica uma fragilidade de determinados tecidos com repercussões na saúde do indivíduo (Ferry & Alix, 2004). O envelhecimento é muitas vezes acompanhado de perda de vontade de ingerir carne, uma boa alternativa poderá provir das proteínas vegetais (como as leguminosas) principalmente a uma das refeições (Ferry & Alix, 2004). Outra opção poderá vir dos ovos ou dos lacticínios que constituem uma boa fonte de cálcio, *de proteínas de excelente qualidade, lípidos e vitamina A* (Ferry & Alix, 2004, p.11). Estes autores aconselham o seu consumo a todas as refeições seja sob a forma de leite, iogurte ou queijo (muitas vezes utilizados na própria confeção das refeições) os legumes, as frutas e cereais encerram as necessidades nutricionais de cálcio.

Outra fonte fundamental de energia provém do grupo dos lípidos que fornecem também vitaminas do grupo A e D como é o caso da manteiga e do grupo E no caso da margarina vegetal e alguns óleos (Ferry & Alix, 2004), é recomendado um consumo de cerca de 10 a 20 gr de manteiga e 20 a 30 gr de óleos diariamente, a sua ingestão deve ser de um modo variado atingindo um equilíbrio nos diferentes ácidos gordos (ómega 3 e 6).

Relativamente ao consumo de líquidos ele deve ser de cerca de 1,5/2 l dia, seja sob a forma de água, leite, chá ou café (Ferry & Alix, 2004), estes autores referem que a sensação de sede da pessoa idosa está reduzida havendo necessidade de ensino do consumo de líquidos mesmo sem sede. Este facto parece estar comprovado no estudo efetuado por Loureiro (2008) no qual das pessoas idosas inquiridas 51,5% ingeriam menos de três copos, apenas 17,5% ingeriam mais do que cinco copos e 31% ingeriam entre três e cinco copos. A desidratação constitui um problema grave com consequências várias que deve ser alvo de atenção especial.

Para além da importância que o envelhecimento assume no estado nutricional a presença de uma doença crónica, como é o caso da Insuficiência Cardíaca também deve ser considerada. O próximo capítulo irá incidir na especificidade da IC e da hospitalização no estado nutricional da pessoa idosa.

### **2.1.2. A pessoa idosa com IC hospitalizada e o estado nutricional**

Como resultado do envelhecimento da população e do desenvolvimento dos cuidados de saúde as doenças crónicas estão cada vez mais presentes. A IC seguiu essa tendência tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública, com elevada prevalência na pessoa idosa (Nessler & Skrzypek, 2008). Trata-se de uma doença crónica e consiste numa síndrome que ocorre em indivíduos que, devido a uma anomalia cardíaca, herdada ou adquirida, desenvolvem um conjunto de sintomas e sinais clínicos consecutivos que levam à falência hemodinâmica.

A IC faz-se acompanhar de défices nutricionais que podem ocorrer por vários fatores ingestão desadequada, alterações do metabolismo, interações medicamentosas, estado pró-inflamatório, aumento de stress oxidativo e perda de nutrientes (Sahade & Montera, 2009). O estado hipercatabólico faz-se também acompanhar de uma má absorção intestinal potencializando a desnutrição.

Os défices vitamínicos e de micronutrientes estão muito presentes na IC, particularmente agravados pelo uso de diuréticos, a sua correção pode traduzir benefícios na sintomatologia, na função cardíaca e na tolerância ao exercício físico (Mckee & Witham, 2009). A diminuição de vitaminas B, C, D e E influenciam a resposta do sistema imunitário o que se torna particularmente interessante em idosos hospitalizados (Ferry & Alix, 2004). Malafaia (2009) refere também a importância de outros micronutrientes na resposta imunitária como o fosfato, zinco, cobre, ferro e selénio. O défice de tiamina revela prejuízo do metabolismo oxidativo especialmente dos hidratos de carbono o que pode agravar a IC (Sahade & Montero, 2009). As mesmas autoras referem que a suplementação com coenzima Q10 pode melhorar a função cardíaca (Sahade & Montero, 2009).

Um dos fatores que agrava a saúde dos indivíduos está diretamente relacionado com o sistema imunitário, há muito que foi reconhecida a relação entre a nutrição e o sistema imunitário sendo atualmente aceite uma relação direta entre o estado nutricional da pessoa e a suscetibilidade para várias doenças infeto-parasitárias (França et al, 2011; Malafaia, 2009).

A desnutrição proteico-calórica (DPC) tem também influência na sobrevida dos doentes desnutridos (Malafaia, 2009). Este autor refere a presença marcada da DPC na população idosa hospitalizada constituindo-se como um importante problema de saúde que conduz ao aumento de morbilidade e mortalidade com *comprometimento do estado geral do paciente; custos adicionais para o sistema de saúde* (Malafaia, 2009, p.103).

É reconhecida a importância do estado nutricional na evolução e prognóstico da IC bem como um planeamento adequado de educação nutricional (Latado, 2009; Sahade & Montero, 2009).

O idoso é particularmente vulnerável a episódios de hospitalização, quer sejam pelo episódio de agudização de doença quer pela própria mudança de ambiente. Cabete (2005) refere que na pessoa idosa o internamento hospitalar pode promover complicações que dão origem ao seu declínio funcional. Muitas vezes as causas resultam da relação entre o processo de envelhecimento e os fatores associados ao internamento não estando diretamente relacionadas com o motivo da admissão.

São várias as complicações iatrogénicas decorrentes da hospitalização como as infeções, a imobilidade, a *desnutrição*, quedas, úlceras de pressão e interações medicamentosas, a intervenção deve, então, ser o mais precocemente possível.

Ferry e Alix (2004, p.305) referem que *a prevalência da desnutrição crónica nos doentes idosos hospitalizados, quer seja em instituições ou casa de repouso, é inquietante*. Num estudo realizado por Louro (2004) os resultados mostraram uma frequência de desnutrição na admissão hospitalar de 22,2% e o risco de desnutrição foi de 37%. Valores muito semelhantes encontrados no estudo de Loureiro (2008) que revelou que 25% dos idosos hospitalizados estavam desnutridos ou em risco de desnutrição.

Mais uma vez se constata uma questão multifatorial, como causa dos problemas nutricionais no ambiente hospitalar, como a fragilidade da pessoa idosa, a polimedicação decorrente das várias patologias, alterações inerentes ao processo de envelhecimento. Estas causas estão muitas vezes associadas entre si e exigem uma abordagem multidisciplinar para fazer face a este problema (Ferry & Alix, 2004; Morais, Campos & Lessa, 2010).

A avaliação precoce do estado nutricional do idoso hospitalizado surge como o primeiro passo visando uma intervenção atempada de modo a diminuir o risco de complicações (Morais et al, 2010).

A abordagem deve ser no sentido do envolvimento e responsabilização de todos os intervenientes no momento da refeição (Ferry & Alix, 2004) sejam os doentes, a família ou os prestadores de cuidados. Lassen, Kruse e Bjerrum (2005) no seu estudo, concluíram que os doentes querem ser incluídos no processo de otimizar o seu estado nutricional observando-se que mostram capacidade de cuidar de Si e de tomar decisões relativas à sua alimentação. Quando as preferências dos doentes são atendidas consegue-se não só uma otimização dos recursos como uma melhoria na recuperação e qualidade de vida dos doentes (Lassen; Grinderslev & Nyholm 2008).

Bergert et al (2009) recomendam, ainda, que não devem haver só regras rígidas ou proibições, devendo-se manter a satisfação de comer e beber. Pode-se afirmar que as estratégias devem ser personalizadas no que diz respeito à escolha dos menus e à quantidade fornecida, desta forma as necessidades nutricionais serão mais facilmente satisfeitas (Lassen et al, 2005).



Segundo a European Society of Cardiology (ESC) (2008) e AHA (2006) o tratamento com sucesso da IC passa por um conjunto de atividades destinadas a manter a estabilidade física de modo a prevenir o agravamento da doença e detetar atempadamente sintomas de descompensação. Estas medidas podem ter um impacto significativo nos sintomas e prognóstico da doença, no bem-estar, na capacidade funcional e na qualidade de vida do doente. Neste sentido recomendam entre outras medidas, educação sobre a modificação dos fatores de risco como a manutenção do controlo dos níveis de glicose em indivíduos diabéticos e as recomendações referentes à dieta como a restrição da ingestão de sódio (se prescrita), controlar a ingestão de líquidos, evitar o excesso de consumo de álcool e prevenir e vigiar a má nutrição.

Pelo que foi exposto compreendemos a preponderância da avaliação e manutenção do estado nutricional importa, no entanto, perceber de que modo essa avaliação pode ser realizada e qual o papel do enfermeiro, são estes os aspetos que serão abordados no ponto seguinte bem como o instrumento selecionado para a avaliação do estado nutricional neste estudo.

## **2.2. A pessoa idosa com IC como parceira de cuidados no processo de transição saúde-doença**

O processo de envelhecimento faz-se acompanhar de um conjunto de transições não só biofisiológicas como também biopsicológicas e sociais que exigem que a pessoa desenvolva novos conhecimentos e definições sobre si alterando os seus comportamentos e hábitos de vida.

Com a sua teoria de médio alcance em enfermagem, Meleis (2000) desenvolve o conceito de transição e define-a como *uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro* referindo mesmo que o fenómeno de transição é a passagem entre dois períodos estáveis da vida do indivíduo. É um conceito bastante importante para a enfermagem na medida em que se centra naquilo que a pessoa experimenta, sente e valoriza (Schumacher & Meleis 1994).

A pessoa alvo dos cuidados do enfermeiro é entendida como um ser humano com necessidades, em constante interação com o ambiente (onde estão incluídos os contextos pessoais diretamente relacionados com a pessoa os contextos

socioeconómicos e políticos da família e da comunidade em que se encontra inserido) e que apresenta capacidades para se adaptar a esse mesmo ambiente.

Seguindo a linha de pensamento de Meleis, a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada é um cuidado de enfermagem na medida em que tem impacto no projeto de vida da pessoa interferindo com a sua qualidade de vida e bem-estar e exigindo a mobilização de conhecimentos e a adoção de novos comportamentos resultando numa adaptação eficaz à transição saúde/doença.

Os enfermeiros surgem como principais cuidadores do doente e família assistindo e interagindo nos processos de mudança de modo a que a pessoa promova a sua saúde atingindo o bem-estar. A OE (2001) preconiza cuidados de enfermagem centrados nos projetos de saúde de cada pessoa, família ou comunidade ao longo do seu ciclo de vida, prevenindo a doença e promovendo a autonomia nas atividades de vida. Há ainda a referir toda a importância que a família e o ambiente assumem nos processos de gestão da doença.

A promoção de Saúde tem destaque nas atuais Políticas de Saúde, tanto ao nível do envelhecimento como ao nível da doença crónica. O aparecimento destas doenças exige às unidades de saúde uma mudança do modelo tradicional de cuidados para um novo modelo de cuidados crónicos onde deverão estar contemplados, entre outros aspectos, (...) *apoio à auto-gestão da doença capacitando e preparando os doentes para gerirem a sua própria saúde e cuidados de saúde; (...) promover cuidados que sejam consistentes com evidência científica e as preferências dos pacientes (...)* (Sousa, 2005, p.534). Segundo o autor acabado de citar, o próprio indivíduo é um elemento fundamental da gestão da sua própria doença e é neste indivíduo que os cuidados se devem centrar, na prevenção da doença e na sua perceção deste processo, nos seus reais problemas e promoção de saúde. Um maior conhecimento sobre a doença e o tratamento traduz-se numa tomada de decisão, por parte do doente, mais consciente (Novais, Conceição, Domingos & Duque, 2009).

O enfermeiro desenvolve a sua atividade a vários níveis, quer ao nível da transição relativa à saúde quer quando a resposta está diretamente relacionada com comportamentos de saúde (Zagonel, 1999). O profissional deve adotar novas perspetivas de reflexão para fazer face a este grande desafio, para isso deve estar atento às exigências da mudança, preparar os indivíduos para o processo de transição ajudando-o no desenvolvimento de competências para a enfrentar. Assim é

fundamental fornecer informação à pessoa de modo a que seja capaz de tomar decisões assumindo a gestão do seu processo de doença. É no estabelecimento de objetivos com o intuito de resolução do seu problema que se centra o modelo de intervenção de *empowerment* que pode ser entendido como *um processo de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências por parte do cidadão, indutor de um acréscimo de poder e controlo, claramente explicitado através da participação e tomada de decisão efectiva* (Mesquita, 2007, p.157).

Neste sentido, o *empowerment* faculta aos cidadãos *adopção de estratégias individuais e colectivas, com vista à redução e eliminação de comportamentos capazes de comprometerem a saúde* (Mesquita, 2007, p.157). No contexto das doenças crónicas, nomeadamente nas doenças cardiovasculares isto assume particular importância na medida em que se atuarmos ao nível dos estilos de vida especificamente na dieta e no exercício físico estamos a contribuir para a redução de complicações e de necessidade de internamentos em situações de agudização (DGS, 2006). Esta capacidade que a pessoa tem de incorporar novos conhecimentos para alterar determinados comportamentos, *empowerment*, com consequentes mudanças na definição da pessoa face ao seu contexto social está relacionada com o conceito de saúde (Meleis, 2000).

O enfermeiro deve, então, situar a pessoa dotá-la de informação e conhecimentos envolve-la nos cuidados de modo que lhe permita intervir e decidir. Como nos refere Carvalho (2007) envolvendo o doente e adquirindo a sua participação maior será a sua motivação com efeitos diretos na realização dos objetivos definidos.

De acordo com Squire (2005), o conceito de *empowerment* surge associado ao conceito de parceria que segundo a autora consiste numa *partilha de ideias, conhecimentos e capacidades com outros* (p.204). Deste modo, cuidar em parceria valoriza as capacidades do outro, a sua autonomia e a tomada de decisão. Na promoção de saúde a parceria é entendida como *respeitar as perspectivas das outras pessoas, analisar as nossas atitudes face aos cuidados sociais e de saúde e chegar a consensos e a decisões conjuntas acerca das actividades e programas de promoção da saúde* (Squire, 2005, p.204).

A participação e o envolvimento são conceitos fundamentais para desenvolver um trabalho em parceria, no entanto, como Carvalho (2007, p.25) alerta o *envolvimento do doente por sua vez é frequentemente considerado um processo unidireccional, uma*

*vez que, geralmente se ignora a sua opinião*, isto é muitas vezes visível na prática de cuidados onde o enfermeiro assume a responsabilidade no processo de cuidados com consequente perda de poder por parte do doente.

Adotar modelos de cuidados centrados nas necessidades objetivadas pelo doente e família é um caminho que devemos seguir explicitando Gomes (2007, p.70) que a *Enfermagem tem que perspectivar a pessoa como responsável pelo seu próprio projecto de vida*.

Baseados nestes pressupostos surge o Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria com a pessoa idosa que preconiza olhar a pessoa idosa na globalidade conseguindo que o seu potencial se traduza numa capacidade real (Gomes, 2007). No seu estudo, Gomes (2009) refere que *tornar o doente idoso parceiro é perceber e compreender as suas capacidades, avaliá-las, incentivar o doente a participar e levá-lo a decidir o que fazer, tendo em conta o seu projecto de saúde e de vida* (p.97). Segundo a autora, o profissional deve valorizar a pessoa os seus conhecimentos, as suas preferências, os seus hábitos, a imagem que têm sobre si e sobre o seu corpo, o seu contexto e projeto de vida e de saúde

Este é também o caminho preconizado pela OE, a relação de ajuda no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela *parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...) no ajudar o cliente a ser pró-activo na consecução do seu projecto de saúde* (OE, 2001, p.6).

A parceria revela-se como *uma intervenção de enfermagem, tendo por base a construção de uma acção que visa a promoção do cuidado de Si (Si como Si próprio e Si como Outro)* (Gomes, 2009, p.237).

O conceito Cuidado de Si está associado à terminologia grega *epimeleia heautou*, que significa tomar conta de si, ter cuidado consigo onde o sujeito permite conhecer-se e saber *o que deve ser objecto dos seus cuidados* (Foucault, 1984, p.56). O autor leva-nos para um conceito de cultura de si, ou seja, de que é necessário ter cuidado consigo, ocupar-se de si mesmo. Desta forma o cuidado de si, veio possibilitar *uma prática social que deu lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações* (Foucault, 1984, p.55). Este conhecimento de nós próprios permite-nos viver em sociedade estabelecendo relações com o outro decidindo que caminho seguir. O Cuidado de Si está assim em íntima relação com o Cuidado do Outro, a terminologia

epimeleia determina também os cuidados a prestar a um doente uma vez que esta abordagem permite *intervir em relação a uns e a outros, ocupar-se deles, tratá-los e, eventualmente, curá-los* (Foucault, 1984, p.67). Desta forma pode-se relacionar com os cuidados de enfermagem na medida em que ambos os intervenientes enfermeiro-doente devem reconhecer a individualidade de cada um e ter consideração pelo saber de cada um (Foucault, 1984).

O Cuidado de si – Modelo de intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa elaborado por Gomes (2009) reforça o papel do enfermeiro na promoção do cuidado de Si de modo a que em conjunto estabeleçam estratégias que promovam a autonomia da pessoa. Desta forma, a pessoa tem o papel principal no processo de cuidados.

O Modelo de Intervenção de Enfermagem em parceria com a Pessoa Idosa - O Cuidado de Si - engloba cinco fases distintas. *Revelar-se*, nesta primeira fase o enfermeiro descobre a pessoa e o seu potencial de desenvolvimento de modo a ajudá-la a promover o seu projeto de saúde e de vida. *Envolver-se*, o profissional demonstra competências relacionais estabelecendo uma relação na qual cada elemento percebe o seu papel. *Capacitar e possibilitar*, o enfermeiro desenvolve, através de uma ação conjunta, com a pessoa competências para uma tomada de decisão, ou assegura o cuidado que o Outro teria consigo. *Comprometer-se*, que se caracteriza pelo desenvolvimento de estratégias no sentido de serem atingidos os objetivos pré-definidos. *Assumir o controlo do Cuidado de Si* ou *assegurar o Cuidado do Outro*, nesta fase o doente assume o controlo do seu projecto de vida e de saúde ou o enfermeiro assegura que a família apresenta habilidades para cuidar da pessoa idosa de modo a que esta prossiga com o seu projeto de vida (Gomes, 2009, p.251)

Desta forma compreende-se que no desenvolvimento de um trabalho em parceria as intervenções devem ser no sentido da manutenção do projeto de vida da pessoa idosa melhorando a adaptação à sua situação de doença com ganhos significativos na sua qualidade de vida.

Como já foi referido a nutrição desempenha um papel importante na prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento de problemas crónicos e de lesões agudas (Lueckenotte, 2002), com repercussões no projeto de vida da pessoa interferindo com a sua qualidade de vida e bem-estar. A sua avaliação é fundamental para uma abordagem eficaz à pessoa idosa (Sousa & Guariento, 2009).

Para uma correta intervenção são vários os fatores que devem ser identificados pelo enfermeiro, apesar de a sua abordagem incidir numa equipa multidisciplinar. Uma adequada escolha do instrumento de avaliação revela-se fundamental (Morais et al, 2010). Segundo Ferry e Alix (2004, p.125), na avaliação do estado nutricional os instrumentos devem ser *simples, específicos, sensíveis, poucos dispendiosos* permitindo responder a questões como a presença ou não de má nutrição e de que tipo se trata.

Desta forma devemos avaliar os **alimentos ingeridos** através de métodos de quantificação de alimentos que permitem analisar o risco de uma ingestão alimentar insuficiente, uma correta **avaliação clínica** representa um aspeto importante na medida em que apresenta informações sobre *o estado funcional, mental, oral ou cognitivo e a presença de doenças, sinais e sintomas de distúrbios nutricionais* (Morais et al, 2010, p.639). **Medidas antropométricas** como o peso, altura (trata-se de uma medida discutível na área da geriatria, não obstante revela-se importante para determinar o IMC), avaliação do IMC, avaliação do perímetro braquial e da perna que nos dá uma estimativa da massa muscular. **Avaliação Bioquímica** de modo a avaliar o estado nutricional e o estado inflamatório, a avaliação da concentração da albumina reflete o estado global do organismo e dependendo dos seus valores podemos determinar o grau de má nutrição (moderado entre 35g/l e 30g/ e grave inferior a 30g/l) (Ferry & Alix, 2004), a proteína C-reactiva é outro dado importante um valor elevado sugere um estado inflamatório, o valor da hipoalbuminémia pode reflectir uma má nutrição proteico-calórica (Loureiro, 2008), os valores de hematócrito, hemoglobina reflectem-se numa correlação positiva com o estado nutricional (Fonseca, 2009).

Observa-se, no entanto, que estes métodos tendem a revelar-se ou dispendiosos para o Sistema Nacional de Saúde ou *prejudicados em decorrências das limitações físicas em geriatria* (Morais et al, 2010, p.639), sendo os métodos subjetivos uma valiosa opção.

O *Mini Nutritional Assessment (MNA®)* (Anexo I) trata-se de um instrumento de avaliação nutricional que abrange os aspetos físicos e mentais associados à alimentação e um inquérito alimentar (Loureiro, 2008). Há a referir ainda que constitui um teste rápido, económico e simples de aplicar. Esta autora, através do seu trabalho de investigação, validou este instrumento para a população idosa portuguesa tanto em contexto de ambulatório como de hospital. Dado que estou a intervir junto da pessoa

idosa com IC hospitalizada considero pertinente a utilização deste instrumento na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa.

Este referencial teórico possibilitou uma base de sustentação das minhas intervenções em parceria com a pessoa idosa promovendo a capacidade de cuidar de Si no que diz respeito à otimização do seu estado nutricional. O capítulo ilumina este meu percurso no estágio.

### 3. METODOLOGIA DESENVOLVIDA

Este capítulo irá incidir na metodologia utilizada para o desenvolvimento do projeto de estágio que visava desenvolver competências como enfermeira especialista ao nível da prática clínica, da investigação, da formação e da gestão. Serão também apresentados os objetivos definidos, as atividades realizadas e os resultados obtidos.

A metodologia de eleição para o meu percurso de estágio foi a metodologia de projeto, representada na literatura como um conjunto de técnicas ou de procedimentos para estudar um determinado problema (Ruivo, et al, 2010). Segundo as autoras, a metodologia em questão constitui uma *ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posteriormente ser aplicado na prática* (2010, p.3).

Esta metodologia comporta as seguintes etapas: identificação do problema e diagnóstico da situação, na qual se procede à recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa; planificação de estratégias e programação de atividades, tendo em conta os objetivos definidos; execução das atividades e posterior avaliação do trabalho, nesta etapa deverão estar estabelecidos os indicadores de avaliação, os métodos e os respetivos momentos para a sua realização; por último, a divulgação dos resultados onde será elaborado um relatório final do percurso do projeto (Ruivo et al, 2010).

Trata-se de uma metodologia que compreende um *conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspecto da realidade social* (Ruivo, et al, 2010, p.4), constituindo-se um processo dinâmico que se pode adaptar ao longo da intervenção, que envolve sempre um trabalho de grupo aproximando-se da investigação ação.

Assim, o projeto iniciou-se por um conhecimento teórico da problemática em questão seguido da elaboração de um diagnóstico de situação no contexto de estágio, suportado pela análise dos registos de enfermagem e elaboração de notas de campo. Com base neste conhecimento, definiram-se objetivos e programaram-se atividades a realizar, o que deu origem a um processo contínuo e iterativo. A sua avaliação foi efetivada através da análise dos registos de enfermagem, de acordo com indicadores definidos, e de reflexões da prática de enfermagem e entrevista à pessoa idosa.



### 3.1. Finalidade e objetivos de estágio

De relembrar que este projeto de estágio teve como principal objetivo desenvolver competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização pessoa idosa, tendo sido considerado o regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, visando a formação, a gestão, a investigação e a prestação de cuidados especializados à pessoa idosa (OE, 2010).

Relativamente a este último, foi importante a compreensão das especificidades relativas ao processo de envelhecimento através da avaliação da pessoa de uma forma multidimensional identificando as suas necessidades e valorizando as suas potencialidades de modo a desenvolver um trabalho em parceria com o idoso e família no sentido da promoção do Cuidado de Si. O trabalho em parceria com a equipa de enfermagem também foi considerado de modo a incrementar estratégias que visem o controlo do Cuidado do Outro na avaliação e otimização do estado nutricional da pessoa idosa.

No contexto da prática onde se desenvolveu o projeto e refletindo acerca da problemática, ou seja, a não realização de monitorização estruturada do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada, este projeto pretendeu contribuir para o controlo do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada promovendo a capacidade de Cuidado de Si.

Assim, o presente estágio teve como objetivos gerais: desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados, em parceria com a pessoa idosa com IC hospitalizada, relativamente à avaliação do seu estado nutricional promovendo a capacidade de cuidar de si e desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada na promoção da capacidade de cuidar de si.

De acordo com o percurso da metodologia de projeto, foram delineadas atividades específicas para a concretização do estágio organizadas em três fases.

**Fase de Diagnóstico** na qual foi efetuado o diagnóstico da situação e clarificação da problemática e passou pelos seguintes objetivos: contextualizar a pertinência da problemática da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa no serviço e identificar

as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com IC.

**Fase de Desenvolvimento** onde foram delineados como objetivos específicos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa, que visem a melhoria do estado nutricional para promover o Cuidado de Si; realizar a avaliação do estado nutricional em parceria com a pessoa idosa com IC hospitalizada promovendo o Cuidado de Si e definir estratégias em parceria com a pessoa idosa com IC para um adequado acompanhamento das situações de risco identificadas.

**Fase de Avaliação** que consistiu numa análise do percurso percorrido e teve como objetivos específicos: identificar mudanças na equipa de enfermagem relativamente à otimização do estado nutricional da pessoa idosa; realizar a reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC durante a sua assistência ambulatoria no HDIC e analisar a importância do desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa com IC.

Antes da descrição das atividades, importa conhecer o contexto onde se desenvolveu o projeto de estágio bem como as questões éticas associadas.

### **3.2. Caracterização do contexto de estágio**

O estágio decorreu no serviço de internamento de cardiologia de um hospital central de Lisboa. Trata-se de um serviço com 21 camas, nove delas atribuídas às situações clínicas de internamento, oito associadas ao serviço de hemodinâmica integrado e quatro destinadas a situações de agudização de patologias do foro cardíaco. Integra também um Hospital de Dia de Insuficientes Cardíacos (HDIC), que atualmente assegura a assistência a sensivelmente 250 doentes.

O internamento neste serviço ocorre muitas vezes através do HDIC, observando-se um grande número de pessoas internadas portadoras do diagnóstico de IC. Durante o primeiro semestre de 2011, existiram 221 internamentos através do HDIC, sendo que 31,6% foram de pessoas idosas com IC.

No desenvolvimento deste projeto de estágio participaram 15 doentes idosos com diagnóstico de IC que estiveram hospitalizados no serviço de Cardiologia no período de 03 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012.

A média de idades dos idosos foi de 75,4 anos, sendo 8 indivíduos do sexo masculino e 7 do sexo feminino.

A equipa de enfermagem do serviço ligada à prestação direta de cuidados participou ativamente no estudo. Trata-se de uma equipa maioritariamente jovem constituída por 17 elementos conforme quadro seguinte.

Quadro 1 - Caracterização da equipa de enfermagem do serviço de cardiologia

Idade		Tempo de exercício profissional	
< 30 anos	8 Enfermeiros	< 5 anos	3 Enfermeiros
31-40 anos	5 Enfermeiros	5-9 anos	7 Enfermeiros
>41 anos	4 Enfermeiros	>10 anos	7 Enfermeiros

### 3.3. Questões éticas

Para a consecução deste projeto foi essencial garantir os aspetos éticos a ele associado. Desta forma, foi assegurada a aprovação do estágio e do projeto pela Direção de Enfermagem, pela Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> chefe do serviço de cardiologia bem como o Diretor do Serviço e comissão de ética (ver Anexo II).

Foram considerados os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009b); relativamente aos participantes do estudo, tanto aos enfermeiros como aos doentes, foi garantido o anonimato bem como o esclarecimento acerca do tema e dos objetivos do projeto. A finalidade da aplicação dos instrumentos utilizados aos enfermeiros (questionários, observação das praticas e reflexões) e aos doentes (*MNA*<sup>®</sup> e entrevistas) foi também explicada.

Associado a um trabalho projeto com base num percurso de investigação, é fundamental assegurar os direitos e liberdade das pessoas que participam no estudo, até porque se trata da vida pessoal de cada elemento. São cinco os princípios fundamentais apropriados ao ser humano: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e prejuízo e o direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

Tendo por base estes princípios, foi elaborado um documento denominado consentimento informado (Apêndice II), no qual me identifico e apresento a pertinência e finalidade do estudo. Foi também explicitado que a informação obtida seria tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98, bem como o carácter voluntário da participação podendo a qualquer momento negar o consentimento. Para Fortin (1999, p.117), *a violação do direito à intimidade surge*

quando a informação privada é dada a terceiros sem o consentimento da pessoa ou contra o seu consentimento.

### 3.4. Atividades realizadas e resultados obtidos

Com base na metodologia de projeto, o meu estágio foi iniciado através da elaboração do diagnóstico da situação de forma a planear a minha ação futura. Esta primeira fase decorreu nos meses de outubro e novembro de 2011, realizando as atividades organizadas no quadro seguinte.

#### FASE de DIAGNÓSTICO

Quadro 2 - Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase diagnóstico do projeto

Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas
Contextualizar a problemática da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa no serviço.	⇒ Revisão da literatura ⇒ Socialização no serviço ⇒ Apresentação do projeto de estágio em formação em serviço e em reuniões informais
Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com IC.	⇒ Análise dos registos de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa ⇒ Notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa

#### Atividade 1: Revisão da literatura

Os momentos de revisão da literatura foram essenciais para a fundamentação da intervenção do enfermeiro na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC. Como questão norteadora da minha ação no estágio defini: “Que intervenções de enfermagem são promotoras do cuidado de Si para a pessoa idosa com Insuficiência Cardíaca hospitalizada no que diz respeito ao seu estado nutricional?”.

Para a realização desta pesquisa foram consultadas as bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS*, *MEDICLATINA* disponíveis no motor de busca *EBSCO* e *NURSING REFERENCE CENTER*. As palavras-chave utilizadas foram: *nutrition*, *malnutrition*, *elderly*, *nurse care*, *nurse interventions*, *heart failure*, *hospitalization*, *caring* e *self-care promotion*.

Uma vez que desenvolvo a minha prática numa área específica e diferente, considere também pertinente aprofundar conhecimentos acerca do impacto da IC no envelhecimento, ao nível da fisiopatologia, alterações decorrentes do processo de envelhecimento identificando sinais e sintomas e terapêutica habitual de modo a

compreender as fases de agudização da doença e as intervenções direcionadas para a pessoa idosa adequadas a cada momento. Foi de igual modo importante entender o impacto da doença na vida da pessoa e família bem como as implicações com o estado nutricional e as estratégias que contribuem para a otimização do estado nutricional em parceria com a pessoa idosa.

### **Resultados**

Os dados obtidos permitiram a construção do enquadramento teórico servindo de linha orientadora para a construção das minhas intervenções. Esta foi uma etapa que se revelou fundamental para a clarificação da problemática.

### **Atividade 2 - Socialização no serviço**

Uma vez que não era elemento integrante do serviço, as primeiras semanas de estágio foram destinadas à socialização no serviço, o que permitiu o contato com a dinâmica do contexto clínico e integração na equipa de enfermagem.

### **Resultados**

Este foi um momento importante que facilitou a adaptação entre mim e a equipa abrindo espaço para o estabelecimento de respeito e confiança por parte de todos.

### **Atividade 3: Apresentação do projeto de estágio em formação em serviço e em reuniões informais**

No serviço desenvolvi uma sessão de formação, cujo plano de sessão e respetiva apresentação podem ser consultados em apêndice (Apêndice III), com o objetivo de (1) Apresentar o projeto, (2) Contextualizar a temática da nutrição na pessoa idosa, (3) Apresentar as medidas de avaliação do estado nutricional, (4) Apresentar o MNA® instrumento de avaliação selecionado para a concretização do estudo.

Foi utilizada uma metodologia expositiva participativa. A sessão decorreu no dia 16/10/2010 contando com a participação não só da equipa de enfermagem mas também da Enf.<sup>a</sup> Chefe, da Enf.<sup>a</sup> responsável pela formação em serviço, da minha Enf.<sup>a</sup> orientadora de estágio, e ainda, a equipa de enfermagem do HDIC de forma a integrar todos os elementos no projeto.

Pelo número de presenças na sessão de formação senti necessidade de realizar apresentações informais, que foram acontecendo a seguir à reunião de passagem de ocorrências, de forma a envolver toda a equipa no projeto.

### **Resultados**

Considero que esta sessão constituiu um momento de esclarecimento de dúvidas acerca dos objetivos do projeto de estágio, representando um passo fundamental para a continuação do mesmo.

#### **Atividade 4: Análise dos registos de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa**

A análise documental de fontes escritas, impressas ou audiovisuais é um recurso de informação qualitativa que permite encontrar informações relevantes para completar os dados obtidos por outros métodos (Quivy, 1998).

De modo a tomar conhecimento sobre os registos de enfermagem acerca da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa, consultei as notas de enfermagem (folha de colheita de dados e de notas de evolução) dos processos clínicos dos doentes idosos com diagnóstico de IC que se encontravam hospitalizados no serviço, no período de 3 a 15 de outubro de 2011. No total foram consultados nove processos.

Para um maior rigor e objetividade na análise destes processos, senti necessidade de elaborar uma grelha prévia de análise sustentada tanto no que a evidência científica refere como sendo importante conhecer acerca do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada como no modelo de intervenção em parceria definidos por Gomes (2009). Para a análise dos respetivos dados segui as linhas orientadoras de Bardin (2009).

Apresentando em baixo as áreas temáticas e categorias, a designada grelha de análise poderá ser consultada na sua totalidade no Apêndice IV.

Quadro 3 –Itens para análise dos registos de enfermagem

Área temática	Categoria
<b>Revelar-se</b>	Identidade da pessoa idosa
	Contexto de vida da pessoa idosa
	Contexto de doença da pessoa idosa
	Problemas decorrentes do envelhecimento
	Rede de apoio referente ao fornecimento de alimentos
	Problemas motores
	Grau de (in)dependência para se alimentar (basal/admissãocurso de internamento
	Hábitos alimentares
<b>Envolver-se</b>	Conhece a pessoa idosa face à importância que atribui à alimentação
	Conhece o tipo de ajuda que a pessoa idosa necessita
<b>Possibilita/Capacitar</b>	Partilha de poder
	Partilha de uma ação conjunta
	Partilha de informação
	Promove o autocuidado durante as refeições
<b>Comprometer-se</b>	Desenvolve estratégias e estabelece compromissos com a pessoa idosa e família
<b>Assumir ou Assegurar o controlo do Cuidado de Si ou do Cuidado do Outro</b>	Garante que a pessoa idosa e família são detentoras de informação que lhes permita continuar o seu projeto de vida

A análise que aqui teve lugar pretendeu identificar preocupações no seio da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC bem como, as estratégias que desenvolviam.

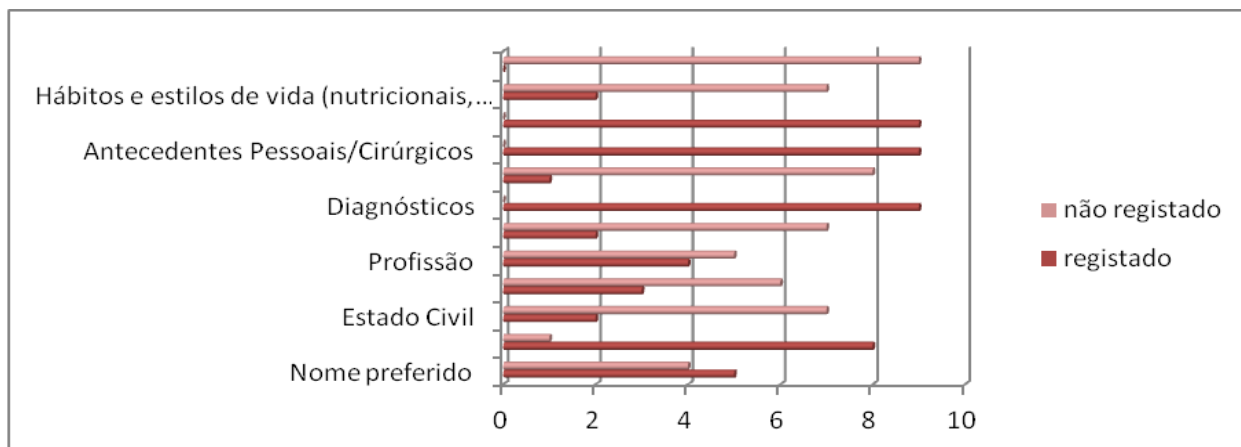
## **Resultados**

Como se pode observar da análise efetuada, e que pode ser consultada no Apêndice V, existem aspetos que a equipa considera fundamentais para uma correta prestação de cuidados, não obstante existem outros tais como o contexto de vida, as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e o que a pessoa valoriza relativamente à sua nutrição que não são tão valorizados pela equipa

Nesta avaliação inicial, dediquei especial atenção à primeira e segunda fase do modelo de parceria, Revelar-se e Envolver-se, uma vez que as restantes fases do modelo não tinham sido consideradas pela equipa.

Constanei que os enfermeiros registavam dados que lhe permitiam conhecer a pessoa idosa a quem prestavam cuidados, nomeadamente a sua identificação, o diagnóstico, os antecedentes pessoais e cirúrgicos, a medicação habitual e o grau de (in)dependência para se alimentar como se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico 2 - Dados registados pela equipa de enfermagem acerca do que conhece da pessoa idosa sobre o seu estado nutricional



Como se verifica, o foco de atenção por parte da equipa situa-se no contexto da doença crónica que a pessoa vivencia. Durão (2001, p.13) refere que *a doença e as suas terapêuticas podem ter repercussões, imediatas ou a longo prazo, no estado nutricional* pelo que este conhecimento se torna essencial para a compreensão global deste fenómeno.

A realização da colheita de dados constitui um momento fundamental para desenvolver conhecimento pela pessoa, e não pode ser encarada como mais uma tarefa de rotina a realizar. Durão (2003, p.12) afirma que *a colheita de informação histórica, anamnese, constitui uma das mais importantes fontes de informação no processo de avaliação e intervenção nutricional*. Neste sentido, verifica-se que a colheita de dados é um recurso fundamental para desenvolver um trabalho em parceria, na medida em que permite desenvolver intervenções ajustadas às reais necessidades dos doentes.

Gomes (2007, p.106) reitera que *no nosso agir profissional, é importante não esquecer que a competência profissional se desenvolve na acção com o Outro – pessoa doente – no caso presente, é sobretudo importante poder adaptar o acto à pessoa, no seu contexto e projecto de saúde*. Assim, torna-se preponderante que a equipa de enfermagem conheça a pessoa relativamente aos seus hábitos de vida, aos hábitos e gostos alimentares, ao impacto que a doença tem, quais são os aspetos decorrentes do processo de envelhecimento que têm influência com a qualidade de vida daquela pessoa. Durão (2003) faz alusão que uma adequada recolha de informação permite não só a avaliação do estado nutricional bem como *estabelecer uma relação de confiança com o paciente que é verdadeiramente preciosa ao sucesso do tratamento subsequente* (p.13).



Este conhecimento e esta relação têm um impacto significativo no desenvolvimento de estratégias que otimizem o estado nutricional, possibilitando que a pessoa continue com o seu projeto de vida assegurando a capacidade do cuidado de Si. Gomes (2007) refere que a relação tem que compreender uma partilha de poder que vise a autonomia de ambos os intervenientes.

Como anteriormente mencionado, na consulta aos registos de enfermagem, constatei que nem todos os dados eram contemplados pela equipa. Verificaram-se lacunas nos registos ao nível dos problemas decorrentes do envelhecimento, problemas motores que dificultem a compra ou confeção dos alimentos, importância que a pessoa atribui à sua nutrição/alimentação e o tipo de ajuda que necessitam para otimizar o seu estado nutricional.

Durão (2003) enfatiza a importância de conhecer a saúde gastrointestinal, cardiovascular e saúde oral e dentária para avaliar o estado nutricional da pessoa, estes aspetos são também fundamentais para um correto encaminhamento das situações nomeadamente ao nível da escolha do menu/dieta adequada (Ferry & Alix, 2004).

Perante estes indicadores de avaliação do estado nutricional, a minha presença junto da equipa de enfermagem permitiu-me perceber que alguns desses indicadores estavam presentes uma vez que os enfermeiros do serviço desenvolviam intervenções de modo a otimizar o estado nutricional da pessoa idosa. Contudo, estas intervenções não eram dignas de conteúdo nos registos de enfermagem.

#### **Atividade 5: Notas de campo sobre práticas da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa**

De modo a perceber quais as intervenções que os enfermeiros desenvolviam para otimizar o estado nutricional da pessoa idosa com IC, foram realizadas notas de campo. Estas consistem em apontamentos que o investigador realiza durante a sua estadia no contexto de investigação (Bogdan & Biklen, 1994). Foram escolhidos quatro enfermeiros para a elaboração destas notas de campo, dois iniciados e dois peritos possibilitando experiências profissionais diferentes.

Estes apontamentos (ver Apêndice VI) foram realizados no mês de novembro, de um modo informal, durante a prestação direta de cuidados de enfermagem.

Para o tratamento dos respetivos dados escolhi a técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2009). Quivy (1998, p.226) refere que esta *incide sobre*

*mensagens tão variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas audiovisuais, declarações políticas, actas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco directivas.*

Segundo Bardin (2009) a codificação a realizar à informação obtida estabelece uma representação do conteúdo do texto e refere que *a organização da codificação compreende três escolhas:*

- O Recorte: escolha das unidades;
- A Enumeração: escolha das regras de contagem;
- A Classificação e agregação: escolha das categorias (Bardin, 2009, p.129).

A escolha das unidades de registo (UR) e de contexto deve dar resposta aos objetivos em análise e são entendidas como *a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base* (Bardin, 2009, p.130).

Foi efetuado o agrupamento das unidades de registo definindo as categorias e as áreas temáticas *à posteriori* tendo por base as fases do Modelo de Intervenção em Parceria. O quadro que se segue ilustra as categorias de análise das notas de campo

Quadro 4 – Matriz da análise das notas de campo

Área temática	Categoria
Revelar-se	Desenvolve conhecimento sobre a pessoa idosa
Envolver-se	Demonstra atitude centrada na pessoa idosa
	Promove ambiente seguro
	Partilha informação
Possibilitar/Capacitar	Promove ação conjunta
	Previne e antecipa complicações
Comprometer-se	Promove autonomia
Assumir ou Assegurar o controlo do Cuidado de Si ou o Cuidado do Outro	Partilha de poder
	Permite continuar o seu projeto de vida

## **Resultados**

Nesta análise (ver Apêndice VII) emergiram alguns indicadores do modelo de intervenção em parceria.

Assim, e relativamente ao Revelar-se, surge a categoria **desenvolve conhecimento da pessoa idosa** relativamente às suas preferências alimentares (4UR) como se constata por registos como *A Enf.<sup>a</sup> perguntou se estava relacionado com as suas crenças religiosas, ao que a doente confirmou. -Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta?*

Com este exemplo parece ser possível dizer que ao valorizar o estado nutricional da pessoa idosa os enfermeiros demonstram respeito pela pessoa e pelo seu projeto de vida (Gomes, 2007).

Em relação ao Envolver-se, os enfermeiros **demonstram atitude centrada na pessoa** observando-se 4UR como p.e. *Sabe Sr. M., fiquei muito contente pelo esforço que o Sr. fez para se alimentar, pois como sabe se não comer não fica melhor, promovem ambiente seguro* através do encaminhamento para a dietista como *Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer* (3UR), **partilha informação** (3UR) obtendo-se registos como *Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições.* De uma forma sumária, o enfermeiro procura passar algum tempo junto do doente de modo a construir uma relação que vá de encontro às suas necessidades (Gomes, 2007).

No que diz respeito ao Possibilitar e Capacitar, foram identificadas duas categorias. **Promove uma ação conjunta** com registos como *Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar?* (4UR) e **previne e antecipa complicações** constatando-se 4UR *Para além disso comer apenas a sopa e a fruta não me parece suficiente. Sabe, devemos sempre comer um bocadinho de carne ou peixe. (...) dá energia ao seu coração que recupera mais facilmente; Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições. Sabe, deve sempre comer um pouco de carne ou peixe.* Observou-se que foi efetuado ensino terapêutico acerca do regime dietético, os enfermeiros basearam-se num momento concreto para fornecer informação sobre o regime alimentar mais adequado.

Gomes (2007) afirma que a informação é um elemento fundamental para o processo de recuperação da pessoa idosa na medida em que diminui as dúvidas facilitando a adesão ao regime terapêutico, esta, no entanto, deve ser contextualizada tanto ao nível das características de cada um como ao nível do seu contexto da vida e de doença.

Relativamente ao Comprometer-se, surge a categoria **Promoção da autonomia** com registos como *a Enf.<sup>a</sup> disse que iria então contactar a dietista para elaborarem em conjunto um plano alimentar, Não sei se vou gostar disso. - Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos.*

Em relação à última fase do modelo de intervenção em parceria - Assumir ou Assegurar o controlo do cuidado de Si ou cuidado do Outro - verificaram-se duas categorias. **Partilha de poder** (4UR) constatando-se *Sugiro falar com a dietista para que*

*ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?* Mostrando que os enfermeiros apresentaram estratégias permitindo ao doente tomar decisões e **Permite continuar com o seu projeto de vida** apenas com 2UR como *Esta conversa foi transmitida oralmente na passagem de ocorrências. No dia seguinte a doente teve a visita da dietista tendo sido elaborado um plano alimentar do agrado da doente e Durante a visita a Enf.<sup>a</sup> apresentou esta estratégia à esposa do Sr. A.*

Percebe-se assim que os enfermeiros procuram tornar o doente parceiro de cuidados dotando-os de conhecimentos para poderem tomar decisões relativas ao processo de recuperação da doença. Estes dados contudo não são evidentes nos registos de enfermagem.

### FASE de DESENVOLVIMENTO

Concluída a fase de diagnóstico do projeto de estágio, iniciou-se a fase de desenvolvimento, a qual decorreu desde de novembro de 2011 até ao final de janeiro de 2012. Conforme se pode observar no quadro seguinte foi desenvolvido um conjunto de atividades para dar resposta aos objetivos definidos.

Quadro 5 - Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de desenvolvimento do projeto

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de intervenções em parceria com a pessoa idosa que visem a melhoria do estado nutricional para promover o Cuidado de Si.	⇒ Ação de formação para os enfermeiros do serviço
Realizar a avaliação do estado nutricional em parceria com a pessoa idosa hospitalizada com IC para promover o Cuidado de Si.	⇒ Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa através da aplicação do MNA®.
Definir estratégias em parceria com a pessoa idosa com IC para um adequado acompanhamento das situações de risco identificadas.	⇒ Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de si ⇒ Realização de um estudo de caso

#### **Atividade 6: Ação de formação para os enfermeiros do serviço**

No dia 16/dezembro/2011, realizei uma ação de formação (cujo plano de sessão e respetiva apresentação pode ser consultado no Apêndice VIII) com os seguintes objetivos: (1) Apresentar a análise de conteúdo das notas de campo; (2) Apresentar os dados referentes à aplicação do MNA® aos doentes hospitalizados no serviço bem

como a minha experiência das intervenções realizadas e dos resultados obtidos; (3) Demonstrar a pertinência da realização da avaliação do estado nutricional (4) Sensibilizar a equipa para um adequado registo das intervenções realizadas permitindo a continuidade dos cuidados. Foi utilizada uma metodologia expositiva participativa.

Devido ao número de presenças na sessão de formação foi igualmente importante a realização de pequenas sessões informais que decorreram após as reuniões de passagem de ocorrências. Esta foi uma forma de envolver toda a equipa de enfermagem no desenvolvimento do projeto.

### **Resultados**

Durante a ação de formação foi criado um espaço para partilha de experiências e reflexão acerca de algumas situações concretas. Em equipa identificaram-se alguns indicadores que não se encontravam descritos nos registos de enfermagem mas que já eram do conhecimento da equipa; da mesma forma, algumas estratégias eram efetivadas não havendo, contudo, registo das mesmas. Foi evidente que a informação partilhada oralmente é muitas vezes perdida, não garantindo a continuidade dos cuidados, daí a importância dos registos de enfermagem.

Martins et al., (2008, p.54) referem a importância dos registos de enfermagem evidenciando que através deles *os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional* segundo os mesmos autores, estes devem ser criteriosos, completos e concisos de modo a testemunhar a prática de enfermagem.

No final da sessão de formação, a equipa assumiu o compromisso de preencher o *MNA*® à pessoa idosa com IC bem como efetivar nos registos os dados acerca da pessoa e as estratégias definidas em parceria com a pessoa idosa para otimizar o seu estado nutricional. De forma a facilitar este processo, ficou afixado na sala de trabalho um documento que exemplifica alguns dados considerados relevantes e que se encontra em apêndice (Apêndice IX).

A minha intervenção junto da equipa de enfermagem consistiu em melhorar a compreensão da importância de conhecermos o Outro, valorizando os seus conhecimentos, ouvindo a sua opinião e inclui-lo nos cuidados. Esta ideia foi tomando corpo ao longo das reuniões de passagem de turno onde eram, por vezes, discutidos casos concretos.

Lentamente fui percebendo uma mudança de atitude dos enfermeiros relativamente às questões da alimentação. Verificou-se que ao nível dos registos, nomeadamente nas notas de evolução do doente, passou a contemplar-se as estratégias desenvolvidas com a pessoa e as suas pequenas conquistas; outro aspeto relaciona-se com a reunião de passagem de ocorrências nas quais a equipa tomava a iniciativa de discutir alguns casos e questionar as intervenções desenvolvidas no sentido de otimizar o estado nutricional do doente.

Basto (1998) refere que a mudança de comportamentos está fortemente relacionada com os valores do grupo e com a sua intenção de mudar, desta forma as intervenções que visem mudanças de comportamentos têm que ser consideradas e aceites pela equipa. Outros aspetos fundamentais neste processo de mudança são os fatores mediadores nos quais se englobam o ambiente organizacional.

Verificou-se que a introdução deste instrumento de avaliação parece não ter sido reconhecida como significativa no seio da equipa. Note-se que no momento atual a equipa de enfermagem está a ser alvo de transferências diversas para outros serviços face à eventual condição de encerramento do serviço.

### **Atividade 7: Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa através da aplicação do MNA®.**

Nesta atividade, desenvolvida desde o início de novembro e até ao final do estágio, foi importante mobilizar o modelo de intervenção em parceria na prestação de cuidados à pessoa idosa com IC e família de forma a atingir as competências a que me propus. O intervalo que decorreu entre o início da atividade e a ação de formação acima descrita foi determinante para o enriquecimento da sessão, uma vez que foram apresentados casos concretos de doentes do serviço, dando força à implementação do projeto.

Foi fundamental a compreensão das diferentes fases do modelo de intervenção em parceria nomeadamente o Revelar-se, o Envolver-se, o Possibilitar e Capacitar, o Comprometer-se e o Assegurar ou Assumir o controlo do Cuidado de Si ou o Cuidado do Outro. Também foi considerado o que a bibliografia refere como essencial identificar e conhecer acerca da nutrição e estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada.

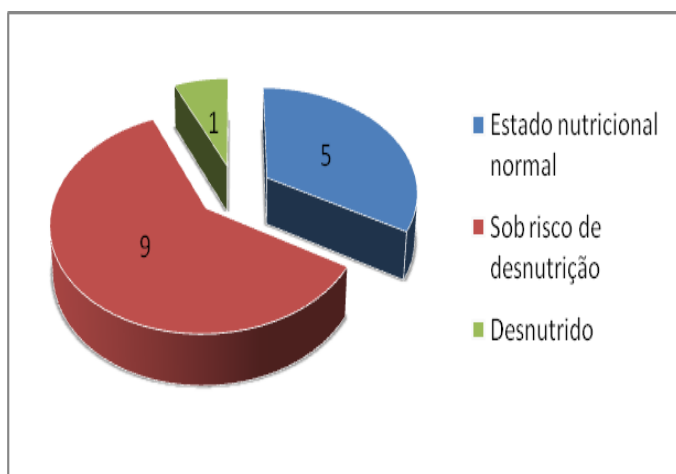
Ao longo do estágio e durante a prestação de cuidados à pessoa idosa realizei a avaliação do seu estado nutricional através da aplicação do MNA®, neste período

ocorreram vários reinternamentos facto que me permitiu acompanhar os doentes, avaliar as estratégias definidas e introduzir algumas alterações sempre que necessário. Ferry e Alix (2004, p.173) referem que *a estratégia da realimentação do doente passa por objectivos regularmente reavaliados*.

A aplicação do instrumento inicia-se com a realização das seis questões iniciais identificando o risco nutricional, uma pontuação superior ou igual a 12 pontos mostra que o idoso não se encontra em risco nutricional, um score igual ou inferior a 11 pontos indica a necessidade de avaliação complementar com a aplicação completa do *MNA*®. O score obtido revela o estado nutricional da pessoa idosa.

A avaliação do estado nutricional através da aplicação do *MNA*® foi realizada a 15 idosos que estiveram hospitalizados no serviço entre novembro/2011 e janeiro/2012. Constatou-se que dos 15 doentes avaliados, nove apresentaram risco de desnutrição, um encontrava-se desnutrido e cinco foram considerados com estado nutricional normal. As causas mais emergentes foram a perda involuntária de apetite e uma fonte de preocupação/tristeza recente muitas vezes relacionada com o agravamento do seu estado de saúde.

Gráfico 3 – Resultado dos *MNA* aplicados



Os resultados aqui obtidos revelaram que no total dos doentes avaliados 60% (9) apresentavam risco de desnutrição. Para todos estes casos foi importante trabalhar em parceria com a pessoa no sentido de construção de estratégias visando a otimização do seu estado nutricional, como se encontrará descrito a seguir.

Embora o foco central do projeto fosse trabalhar em parceria com a pessoa idosa na avaliação do seu estado nutricional visando a promoção da capacidade do Cuidado de Si, considerei fundamental para o crescimento como enfermeira especialista integrar-me nos cuidados à pessoa idosa. Como enfermeira especialista é crucial perceber a situação como um todo, focalizando o centro do problema pelo que é necessária uma capacidade global em mobilizar oportunamente conhecimentos, competências e atitudes.

Deste modo, foi importante compreender a pessoa nas várias dimensões que compõem o envelhecimento, tais como a avaliação da capacidade funcional identificando a sua (in)dependência para as AVD e AIVD, a avaliação da capacidade cognitiva, a avaliação e controlo da dor, controlo e gestão da terapêutica tendo em vista a transição para a alta hospitalar.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa permite a identificação de alterações de ordem física, funcional, social e mental, contribuindo para a identificação das potencialidades e fragilidades da pessoa, elaborando, assim, um plano de intervenção com o objetivo de recuperar ou manter as capacidades do idoso (Botelho, 2001; Sequeira, 2010).

Em situações de agudização da doença, o principal centro de atenção do doente é o seu internamento e o não agravamento do seu estado de saúde; nesta fase a minha atitude foi intervir no sentido de alívio de sintomas prestando cuidados de conforto e praticar uma escuta ativa do doente de modo a esclarecer dúvidas e receios relativos ao tratamento.

### **Resultados**

Este conhecimento permitiu-me desenvolver intervenções em parceria com a pessoa idosa através do seu acompanhamento durante a fase de agudização da doença e na otimização da sua capacidade funcional, estimulando a sua autonomia e incentivando-a e elogiando-a nas etapas que ia alcançando, quer durante a sua hospitalização quer na preparação para a alta hospitalar de modo a assegurar o controlo do Cuidado de Si.

### **Atividade 8: Realização de um estudo de caso**

Neste percurso surgiu a necessidade de refletir de forma sistematizada sobre uma situação concreta através de uma metodologia de estudo de caso (que pode ser consultado no Apêndice X). Deste modo desenvolvi um trabalho de autoconhecimento, de pesquisa, atualização e aperfeiçoamento da minha prática de cuidados no sentido de uma maior perícia. Martins et al (2008) referem que através da reflexão da prática os enfermeiros tomam consciência das suas ações despertando para a complexidade da realidade.

O primeiro contato com o Sr. C. aconteceu no segundo dia do seu internamento. Na altura tinha edemas generalizados, o que dificultava ainda mais a sua marcha,



estava triste com o agravamento do seu estado clínico, permanecendo deitado, pouco comunicativo e recusando alguns cuidados de enfermagem prestados. Durante o internamento verificou-se risco elevado de queda (quando aplicada a escala de *Morse* [Anexo III]) e também, perda de apetite e recusa alimentar apesar de não apresentar risco de nutrição quando aplicado o *MNA*<sup>®</sup>

Para definir estratégias adequadas às necessidades do Sr. C. foi necessário identificar as suas potencialidade e fragilidades, neste sentido procedi a uma avaliação global da pessoa, da sua capacidade funcional e cognitiva, através da aplicação de alguns instrumentos de avaliação nos quais mais importante que o valor numérico encontrado tratava-se de compreender os seus problemas e as suas dificuldades. Desta forma apliquei o Índice de *Barthel* e a Escala de Avaliação *Lawton* e *Brody* (Anexos IV e V) com o intuito de conhecer a capacidade funcional do Sr.C, outro aspeto bastante relevante é a avaliação da capacidade cognitiva pelo que utilizei o Mini Mental State (Anexo VI).

As intervenções desenvolvidas em parceria com o Sr. C. foram no sentido de recuperar a autonomia reduzindo o risco de queda, reduzir a ansiedade e recuperar a autoestima, proporcionando um ambiente seguro, e praticar uma escuta ativa, ouvindo as suas preocupações, transmitindo empatia sem criticar ou desvalorizar os seus medos. Foi também importante o recurso a um plano dietético, enfatizando o gosto do Sr. C. bem como o fornecimento de algumas refeições por parte da esposa. Em conjunto com o doente foram estabelecidas pequenas metas sempre com a preocupação de analisar a motivação e a adesão do Sr. C. à intervenção nutricional. Estas medidas contribuíram para que o Sr. C. fosse ganhando confiança em si e nos cuidados que lhe eram prestados, motivando-o a ser mais participativo nos cuidados e a tomar decisões, não só relativamente à sua alimentação como também ao seu processo de recuperação.

A compreensão destes aspetos revelou-se fundamental para o meu processo de aprendizagem, no qual foi importante o trabalho desenvolvido em parceria com o doente respeitando sempre o seu espaço e tempo.

## **Resultados**

Do acompanhamento desta situação, saliento o facto de os doentes poderem recusar soluções para dar resposta ao problema, da mesma forma que por vezes não consideram a existência de um problema. Neste sentido, é importante priorizar na

nossa ação a pessoa, a sua percepção de doença, as suas reais necessidades. Desta forma, o doente estará disponível e receptivo para iniciar um trabalho em parceria.

### **Atividade 9: Desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa para a promoção do cuidado de si**

Para o desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa, foi importante mobilizar o modelo de intervenção em parceria, nas suas diferentes fases, de modo a desenvolver uma ação conjunta, fornecendo ao doente e família conhecimentos que lhe permitam desenvolver capacidades para decidir qual o melhor caminho para si assumindo o controlo do Cuidado de Si. Da mesma forma, o enfermeiro identifica as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, promove autonomia capacitando o doente idoso com IC e família no sentido de otimizar o estado nutricional da pessoa. Assim, o enfermeiro garante que a pessoa idosa e família são detentoras de informação que lhes permita assumir o controlo do cuidado de si próprio ou do cuidado do outro de modo a que possa seguir a sua trajetória de vida.

Neste contexto, foi foco de preocupação como é que os gostos e hábitos da pessoa se poderiam adaptar às rotinas hospitalares. Em parceria com a equipa foi realizado, sempre que necessário, um ajuste do regime dietético fornecido pelo hospital através de dietas personalizadas, adequadas ao gosto e condição do doente, foi igualmente importante o contacto com a dietista. Em algumas situações, e em articulação com a família, considerou-se pertinente que trouxessem alimentos/refeições de casa que fossem de encontro ao gosto da pessoa mesmo que pontualmente fugisse um pouco da dieta instituída.

A importância que a pessoa dá ao seu estado nutricional, o modo como o relaciona com o processo de recuperação da sua doença e os seus conhecimentos acerca do regime dietético são determinantes para o processo de negociação com o doente.

A todos os doentes com diagnóstico de IC, mesmo aos doentes que não apresentavam risco de desnutrição, foi realizada uma abordagem acerca do regime dietético indicado, evidenciando alguns dos alimentos que gostam em detrimento de uma educação terapêutica restritiva centrada em aspetos que se devem evitar. Bergert et al (2009) recomendam que não devem só haver regras rígidas ou proibições, devendo-se manter a satisfação de comer e beber. Pode mesmo afirmar-se que as estratégias devem ser personalizadas no que diz respeito à escolha dos menus e à

quantidade fornecida, desta forma as necessidades nutricionais serão mais facilmente satisfeitas (Lassen et al, 2005).

O incentivo para a prática de exercício físico foi também foco de atenção, como Sequeira (2010:35) afirma *o combate ao sedentarismo, através da prática de exercício físico regular* constitui um dos fatores dos quais depende o envelhecimento bem sucedido.

Educar, fornecer informação e orientar constitui um dos domínios dos cuidados de enfermagem, que se encontra em evidência como intervenção autónoma nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). Os enfermeiros assumem um papel determinante fornecendo ao indivíduo informações/conhecimentos que lhe permita assegurar o autocuidado (Frazen et al, 2007). Nesta linha de pensamento Mendes, Bastos e Paiva (2010, p.12) sublinham que *muito tem que ser feito pelos enfermeiros, no sentido de encontrar novas ou reformuladas estratégias que resultem em mais e melhor aquisição de conhecimento e que este seja visível nas suas actividades de autocuidado, com reflexo no seu processo de Transição saúde-doença*.

A este nível Meleis (2000, 2007) afirma que para facilitar o processo de transição há que garantir mestria nos novos comportamentos, para tal é fundamental fornecer informações que promovam sentimentos de competência e de capacidade para lidar com novas situações de modo a que a pessoa seja capaz de tomar decisões com auto-confiança assegurando uma sensação de bem-estar.

Particularizando um caso que acompanhamos e que constituiu um verdadeiro desafio, o Sr. V. durante o internamento foi inundado por sentimentos de tristeza e solidão não se adaptando ao papel de maior dependência. Sequeira (2010, p.129) refere que *as manifestações depressivas são muito frequentes nos idosos* observando-se diminuição da auto-estima com verbalizações depreciativas em relação a si, à sociedade e à velhice. Neste caso concreto, verificava-se uma total negação do Sr. V. para se alimentar. Durante o acompanhamento desta situação foi importante o trabalho desenvolvido com a família, esta passou a estar presente durante o momento da refeição, incentivamos também o doente a escolher o que queria comer uma vez que a família o conseguia proporcionar. Relativamente ao acompanhamento por um profissional da área, na primeira abordagem o Sr. V. recusou totalmente a consulta com a psicóloga. No entanto, à medida que foi sentido mais apoio e envolvimento por

parte da família, foi considerando esta hipótese acabando por referir estar disponível para essa consulta.

Foi igualmente importante o estabelecimento de objetivos tendo em vista a alta hospitalar, permitindo que a pessoa prosseguisse com o seu projeto de vida, assegurando o controlo do Cuidado de Si. Desta forma, foram considerados aspetos como o fornecimento de alimentos, a capacidade no manuseio dos utensílios e habilidades para cozinhar, a existência de alimentos que não consome porque não gosta ou porque não tem capacidades económicas para comprar. Outro aspecto relevante é se vive sozinho e se come habitualmente sozinho, com refere o estudo efetuado por Ramic, Pranjic, Mujanovic, Karic, Alibasic e Alc (2011), em que os autores constataram que a solidão é mesmo apontada como um fator preditor da desnutrição. Um caso particular diz respeito à Sr.<sup>a</sup> D. M.J. que referiu numa das nossas conversas não ter capacidade económica para comprar carne, uma estratégia sugerida, recebida com muito agrado, foi a substituição por proteína vegetal, ovos ou lacticínios. Esta também foi uma solução encontrada para os doentes que referiram pouca apetência pela carne. Constata-se que o envelhecimento é muitas vezes acompanhado de uma diminuição de vontade de ingerir carne, no entanto, esta pode ser substituída por lacticínios, proteína vegetal ou ovos (Ferry & Alix, 2004) através, p.e. do enriquecimento das sopas.

Outro aspeto também referido pelos doentes foi a perda de apetite, nestas situações e tendo em vista a manutenção do estado nutricional depois da alta hospitalar foi sugerido o recurso a ervas aromáticas ou sumo de limão para estimular as características gustativas dos alimentos, o fracionamento das refeições abandonando as tradicionais três refeições por dia e optando por pequenas frações ao longo do dia nas quais o aporte proteico não deve ser esquecido (através p.e. do consumo de leite e iogurtes). Ferry e Alix (2004, p.175) indicam que *vale mais aumentar o número, a qualidade das refeições e a sua densidade nutricional que a quantidade de cada refeição*. Estas medidas foram ao agrado dos doentes.

Todas estas informações, avaliação do estado nutricional bem como as intervenções desenvolvidas e os resultados alcançados, foram evidenciadas nos registos de enfermagem. Como enfermeira especialista pretendi tornar visível a personalização dos cuidados, a relação estabelecida com a pessoa idosa, as intervenções definidas e os resultados que foram alcançados.

## **Resultados**

Em síntese, na avaliação desta atividade concreta verifica-se uma relação estreita com outros profissionais tais como dietista, nutricionista, médico, psicólogo entre outros o que vem corroborar a questão multifatorial da alimentação. A consideração destes aspetos exigiu uma grande flexibilidade e criatividade da minha parte de forma a atender às reais necessidades do doente para garantir o controlo do Cuidado de Si em vez de recomendações prescritivas e redutoras. Deste modo, considero que desenvolvi competências na área da educação para a saúde enfatizando a informação à pessoa idosa e família de acordo com as suas reais necessidades e de acordo com o que está disposto a aprender. Da mesma forma, envolver a pessoa no desenvolvimento de estratégias revelou-se uma mais-valia na medida em que contribuiu para uma maior adesão por parte dos envolvidos.

### **FASE de AVALIAÇÃO**

Globalmente, na fase final do projeto de estágio considerei importante analisar o que tinha conseguido atingir neste estágio. Por isso, durante o mês de fevereiro, decorreu a fase de avaliação do meu projeto na qual foram desenvolvidas as atividades que se encontram representadas no quadro seguinte.

Quadro 6 - Objetivos e atividades desenvolvidas durante a fase de avaliação do projeto

Objetivos Específicos	Atividades Desenvolvidas
Identificar mudanças na equipa de enfermagem relativamente à otimização do estado nutricional da pessoa idosa.	⇒ Avaliação final dos registos de enfermagem ⇒ Reflexão na ação
Realizar a reavaliação do estado nutricional em parceria com a pessoa idosa com IC durante a sua assistência ambulatoria no HDIC	⇒ Reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa
Analisar a importância do desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa com IC.	⇒ Entrevista à pessoa idosa

### **Atividade 10: Avaliação final dos registos de enfermagem**

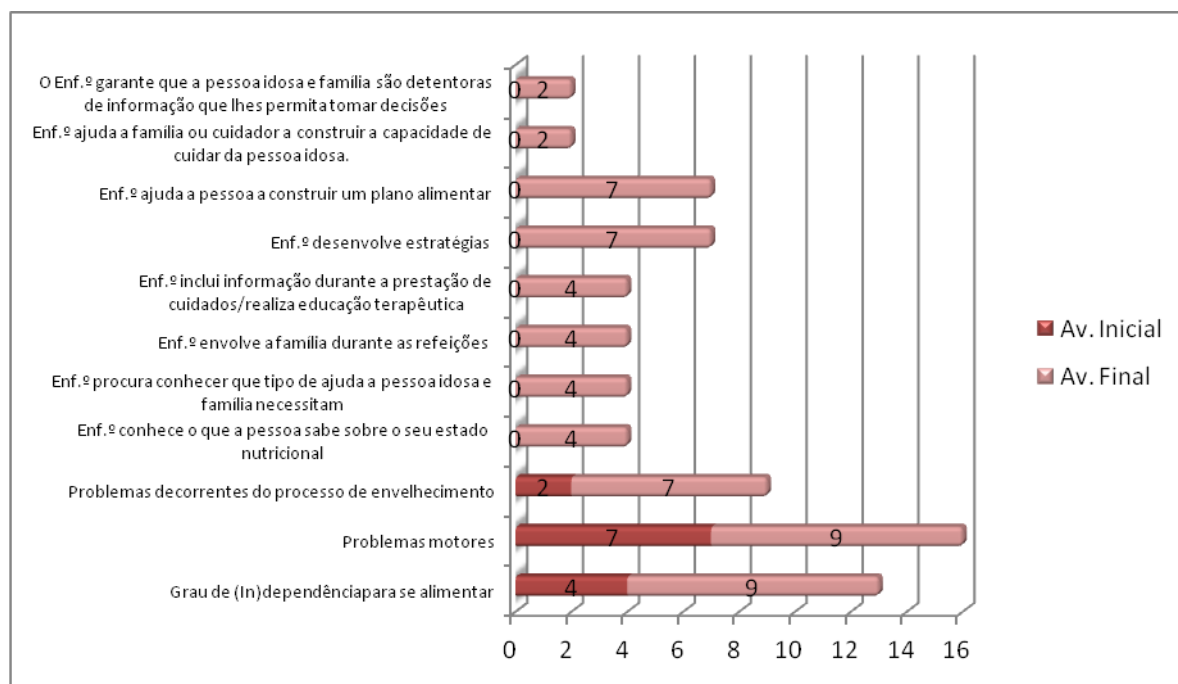
De forma a perceber a que níveis aconteceram as mudanças referidas, foi efetuada uma avaliação final dos registos de enfermagem segundo a mesma grelha de itens anteriormente descrita contemplando desta vez todas as fases do modelo de

intervenção em parceria com a pessoa idosa. Esta avaliação realizou-se de 30/janeiro/2012 a 17/fevereiro/2012 por forma a incluir nove processos. Foram avaliados todos os processos de enfermagem (colheita de dados e notas de evolução) dos doentes idosos que estavam hospitalizados neste período. O conteúdo da mesma pode ser observado no Apêndice XI.

## **Resultados**

Verificou-se uma melhoria considerável ao nível dos registos de enfermagem nomeadamente no que é valorizado pelos enfermeiros em relação às questões da alimentação. O gráfico que se segue reporta somente os indicadores onde se registaram maiores alterações. A restante análise pode ser observada no Apêndice XII.

Gráfico 4 – Dados que passaram a ser contemplados nos registos de enfermagem acerca do estado nutricional da pessoa idosa



Comparando esta avaliação final com a avaliação inicial dos processos, na qual só se verificavam registos na primeira fase do modelo de intervenção em parceria, mais concretamente ao nível do Revelar, constatei que nesta fase surgiram também registos ao nível das restantes fases do modelo, nomeadamente das intervenções que desenvolveram em conjunto com a pessoa e família, havendo também registos dos ensinamentos que foram efetuados ao doente e família.

Como Gomes (2007, p.92) refere *no processo de prestação de cuidados é fundamental respeitar o doente como parceiro, avaliando o que já sabe e aumentando a sua experiência*, deste modo o enfermeiro ao realizar ações de educação para a

saúde e apresentando um leque de possíveis intervenções para a resolução do seu problema permite uma ação negociada e uma tomada de decisão consciente.

Desta forma, saliento a consolidação do trabalho em parceria com a pessoa idosa. Gradualmente, os enfermeiros vão alterando a sua forma de estar nos cuidados; uma vez percebida a intervenção em parceria, esta torna-se como maneira de cuidar.

### **Atividade 11: Reflexão na ação**

No final do percurso deste projeto, considerei pertinente perceber, junto dos quatro elementos da equipa a quem realizei as notas de campo das observações das práticas, qual tinha sido o caminho percorrido para o desenvolvimento de estratégias em parceria com a pessoa idosa e o que tinham sentido nesse percurso. Para tal, solicitei aos enfermeiros que elaborassem uma reflexão reportando-se a uma situação concreta da sua intervenção em parceria com a pessoa idosa, cujo enunciado e conteúdo das respostas se encontra no Apêndice XIII.

### **Resultados**

Da leitura das reflexões produzidas evidencia-se que os enfermeiros parecem desenvolver intervenções em conjunto com a pessoa e a família, mostrando que para trabalhar em parceria é fundamental incluir a pessoa, os seus gostos e hábitos e fornecer-lhe informação para que possa tomar decisões.

Pude observar que os indicadores do modelo de intervenção em parceria se encontram interiorizados com registos como *Perguntei se havia algum tipo de alimento mais apetecido (...) informei a família que poderia trazer alimentos de casa e fez-se um acordo com a esposa trazer os alimentos que lhe apetecia; (...) Cada dia a esposa combinava com o doente a refeição seguinte; foi procurar esclarecer o doente sobre o real motivo do aumento de peso.*

Três elementos deram prioridade na sua ação o contacto com a dietista como forma de garantir que os gostos/preferências da pessoa são incluídos na dieta do doente como se constata em registos como *Foi solicitada a dietista para poder personalizar a dieta (...)* e *O doente referiu que fica com fome, foi contactada a dietista para associar mais um prato.*

Outro aspeto que se encontra descrito em dois registos é o desenvolvimento de estratégias em parceria com a família, nas quais foi pedido aos familiares que trouxessem alimentos ao gosto da pessoa idosa, mesmo que “fugisse” um pouco à

dieta instituída: *fez-se um acordo com a esposa trazer os alimentos que lhe apetecia; (...)* Cada dia a esposa combinava com o doente a refeição seguinte e pedido à doente também para pedir aos familiares alimentos a seu gosto.

### **Atividade 12: Reavaliação do estado nutricional da pessoa idosa**

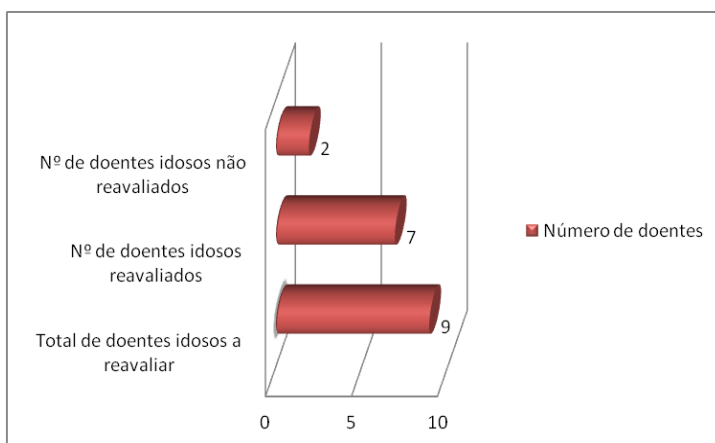
De modo a prosseguir com este projeto e assegurar a continuidade dos cuidados, durante os meses de janeiro e fevereiro, realizei reavaliações do estado nutricional dos doentes que apresentavam alterações do seu estado nutricional à data da primeira aplicação do *MNA*®. A bibliografia sugere uma reavaliação num prazo de três meses aos doentes identificados com risco nutricional de modo a compreender a evolução do seu estado nutricional (Ferry & Alix, 2004).

Esta avaliação decorreu em parceria com a equipa do HDIC, durante as consultas de *follow-up*. Trata-se de uma equipa de quatro enfermeiras que têm implementado no seu serviço um projeto de avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com assistência domiciliária pelo que se encontra familiarizada com este instrumento de avaliação nutricional. Como já referido anteriormente, também foi foco de preocupação a inclusão destes elementos no estudo através das ações de formação.

Para dar continuidade às estratégias implementadas e ao mesmo tempo avaliá-las, estas foram registadas num documento informal fornecido ao doente no momento da sua alta hospitalar. Foi também transmitido à equipa do HDIC, num documento escrito, as datas e scores das restantes reavaliações.

Assim dos nove doentes que apresentaram alterações do seu estado nutricional à data da primeira avaliação, foram reavaliados sete uma vez que um doente faleceu e outro não integrava o HDIC, como se pode observar no gráfico seguinte.

Gráfico 5 – Número de doentes idosos reavaliados

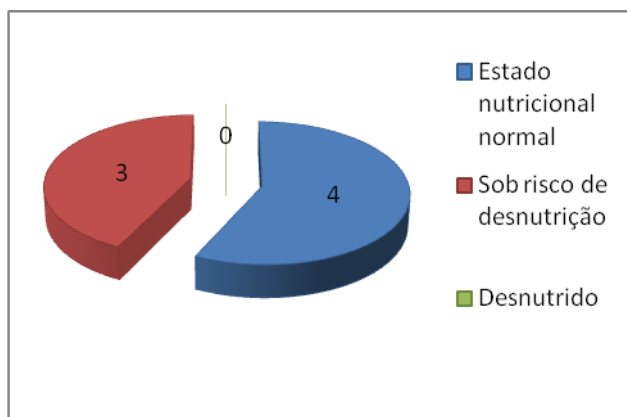




## **Resultados**

Da análise dos resultados pude aferir que os sete doentes reavaliados apresentaram melhoria do *score*, o que corresponde a 100%. Como se pode observar no gráfico seguinte, durante a reavaliação, verificou-se que apenas três doentes mantêm risco de desnutrição.

Gráfico 6 – Resultados da reavaliação do MNA



É de referir que o doente que apresentou à data da primeira avaliação o *score* mais baixo (Desnutrição) veio a falecer durante o mês de janeiro, este facto está em consonância com o que é referido na pesquisa bibliográfica,

Veloso, Junior, Munhoz, Morgado, Ramires e Barreto (2005) no seu estudo concluíram que os doentes com desnutrição apresentaram maiores índices de mortalidade comparados com os doentes sem sinais de desnutrição; Sahade e Montera (2009, p.400) corroboram quando afirmam *presença da desnutrição constitui importante fator preditivo de redução de sobrevida nos pacientes com IC*.

### **Atividade 13: Entrevista à pessoa idosa**

Uma vez que o desenvolvimento deste projeto era centrado na pessoa idosa com IC hospitalizada, tentou perceber-se a importância do desenvolvimento de intervenções em parceria com a pessoa idosa visando a promoção do Cuidado de Si. Para o efeito, foram efetuadas quatro entrevistas semiestruturadas (cujo guião se encontra no Apêndice XIV) a doentes idosos com IC a quem tinha sido realizada educação terapêutica acerca do seu regime dietético.

A entrevista constitui um método que permite *colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes* (Fortin, 1999, p.245). Para o investigador aceder às experiências dos sujeitos referentes a situações concretas, a entrevista deve

ser o método de eleição visto que os indivíduos *podem sentir-se mais à vontade em falar do que em organizar o seu pensamento e transmitir os seus sentimentos por escrito* (Fortin, 1999, p.245).

As entrevistas decorreram durante o mês de fevereiro, tiveram uma duração média de 15 minutos e foram realizadas após consentimento informado, numa sala privada da enfermaria e sujeitas a gravação áudio e transcrição manual. Foram efetuadas quatro entrevistas a doentes idosos com IC que estiveram hospitalizados durante o período em que decorreu o estágio e a quem foram detetadas alterações do estado nutricional e definidas estratégias (o seu conteúdo pode ser consultado no apêndice XV). Para o tratamento de dados, foi utilizada análise de conteúdo segundo as linhas orientadoras de Bardin (2009) (Apêndice XVI). A construção do guião das entrevistas, a sua realização e o tratamento de dados, permitiram-me o desenvolvimento de competência ao nível de metodologias de investigação.

As áreas temáticas identificadas *à priori* tiveram por base as questões efetuadas e a última fase do modelo de parceria Assumir o controlo do Cuidado de Si ou assegurar o Cuidado do Outro e podem ser observadas no quadro seguinte.

Quadro 7 – Matriz da análise das entrevistas realizadas à pessoa idosa

Área temática	Categoria
Conhecimento acerca do seu processo de saúde	Demonstra conhecimento sobre a sua doença
	Demonstra conhecimento sobre a sua condição alimentar
Informação sobre o regime dietético	Demonstra conhecimento sobre o seu regime dietético
	Demonstra conhecimento sobre risco/benefícios do regime alimentar para a sua saúde
Participação na construção do regime alimentar	Sentiu-se incluído na construção da dieta
Articulação com os serviços de saúde	Demonstra conhecimento sobre contatos que assegurem o controlo do Cuidado de Si.

## Resultados

De uma forma geral constatei que a pessoa idosa se sentiu incluída no seu processo de cuidados.

Verificou-se que os doentes demonstraram **conhecimentos acerca da sua doença** observando-se 4UR como *Sim, Doença do coração, tenho o coração muito fraquinho e também tenho diabetes* no entanto no que diz respeito ao **conhecimento da sua condição alimentar** verificaram-se algumas lacunas (apenas se identificaram 2UR) pelo que considero que seria importante reforçar o ensino nesta área.

Relativamente ao **conhecimento acerca do regime dietético** os doentes demonstraram conhecimentos acerca da sua dieta (4UR) como *Pouco mais ou menos sei*

*aquilo que devo comer e Sim. A Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> disse-me para aumentar o número de refeições. Agora lancho de manhã +/- às 10h e à tarde depois janto e à noite também comemos um iogurte.*

Em relação à participação e construção do regime alimentar os **doentes sentiram-se incluídos** neste processo observando-se 3UR como p.e. *Sim, foi sim senhora de encontro aos meus gostos e Sim, a dieta foi de encontro áquilo que gosto* estes dados vêm corroborar os dados apresentados anteriormente nos quais se observa que a equipa de enfermagem desenvolve intervenções em parceria com a pessoa idosa.

No que diz respeito à **articulação com os serviços de saúde** os doentes demonstraram conhecimentos sobre contactos que assegurem o controlo do cuidado de Si - constatou-se 5UR como *Também telefono ou venho ali ao HDIC, as Enf.<sup>a</sup> atendem sempre* ou *Sim o HDIC telefono para a Isabelinha, Fátima.*

Desta análise pude verificar que os doentes parecem sentir-se incluídos no seu processo de recuperação de doença, demonstrando conhecimentos acerca da sua doença, do seu regime dietético e de como se articular com os serviços de saúde de apoio. Na minha opinião, estes quatro doentes revelam conhecimentos que os ajuda a assegurar o controlo do cuidado de si, dando continuidade ao seu projeto de vida.

Estes dados foram partilhados com a equipa nas reuniões de passagem de ocorrências não tendo sido possível no entanto, incluir toda a equipa de enfermagem por razões de limitação de tempo. Nesta sequência, encontro-me a elaborar um *póster* com todos os resultados, permitindo a divulgação dos mesmos a todos os elementos da equipa multidisciplinar do serviço.

No próximo capítulo pretendo apresentar uma reflexão acerca do percurso percorrido bem como os aspetos que tiveram influência na consecução do projeto.

### **3.5. Implicações na prática e limitações ao estudo**

Esta fase reflexiva do desenvolvimento do projeto permitiu analisar de uma forma objetiva o percurso percorrido tanto a nível pessoal como o impacto verificado ao nível da equipa de enfermagem e do serviço.

O desenvolvimento deste trabalho constituiu uma experiência pessoal muito significativa permitindo a mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências em diferentes áreas, tais como prática clínica, formação e metodologias de investigação.

Considero que me integrei facilmente na equipa apesar do meu receio inicial e que facilmente fui adquirindo autonomia na prestação de cuidados bem como na avaliação criteriosa à pessoa idosa, não só ao nível do seu estado nutricional mas no seu todo. O retorno que recebi da enfermeira orientadora foi sempre positivo (cuja avaliação qualitativa pode ser consultada no Anexo VII), mas o destaque maior vai para a aceitação por parte dos doentes que me escutavam atentamente, esclarecendo as suas dúvidas e contribuindo positivamente para a construção de estratégias solicitando, mesmo, a minha presença mais vezes.

A relação de parceria torna-se fundamental para a construção de uma relação de confiança que conduz ao desenvolvimento de compromissos entre enfermeiro - doente com participação ativa dos doentes e famílias no seu processo saúde-doença, o que lhes permite fazer escolhas e tomar decisões.

Baseado no meu estágio, na pesquisa bibliográfica, na experiência pessoal adquirida e nos resultados conquistados, considero que a aplicação de um instrumento que permite a avaliação nutricional da pessoa idosa tem toda a pertinência na medida em que contribui para controlo da doença e melhoria da sua qualidade de vida, no entanto constatou-se que a equipa não integrou a necessidade dessa avaliação.

Como foi sendo referido ao longo deste relatório, existiram três aspetos limitativos ao estudo. O facto de ser elemento externo ao serviço exigiu de ambas as partes, adaptação, desenvolvimento de confiança de modo à implementação do projeto. Este aspeto, associado ao fator tempo, revela-se fundamental para a adesão da equipa na implementação de estratégias que visem alterações das práticas. Os processos que envolvem mudanças de práticas e interiorização de novos conhecimentos e modelos de atuação requerem tempo de implementação.

Alguns problemas de adesão podem ser ultrapassados se for dada à equipa mais tempo para reflexão de modo a integrarem a importância da utilização de um instrumento de avaliação do estado nutricional direcionado para a pessoa idosa.

Por último, mas não menos importante, é de referir as condições estruturais e sociais que se viviam no serviço de cardiologia, nomeadamente a incerteza do encerramento do serviço, e que foram fatores perturbadores de todo este processo, desencadeando insegurança e desmotivação na equipa, não havendo espaço para reflexões nem sensibilidade para a mudança nas práticas.

## 4. CONCLUSÕES

Ser velho não implica ser doente e dependente, no entanto, o envelhecimento populacional e o aumento de situações crónicas com problemas de dependência exigem, a médio ou a curto prazo, mudanças nas políticas sociais e de saúde.

A tomada de consciência da complexidade e especificidade inerente ao fenómeno do envelhecimento determina a realização de respostas eficazes às necessidades específicas da pessoa idosa.

O tema escolhido para a concretização deste projeto de estágio foi o controlo do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada. Aos 15 idosos com IC, hospitalizados no serviço de internamento de cardiologia de um hospital central de Lisboa, durante o período de estágio, foi aplicado o *MNA*<sup>®</sup>. Nove dos quais, 60% dos casos estudados, apresentavam risco de desnutrição na avaliação inicial que decorreu entre os meses de outubro e novembro de 2011, suportando assim o desenvolvimento do projeto. Em janeiro de 2012, aquando a reavaliação do estado nutricional destes doentes, através da aplicação do mesmo instrumento de avaliação, observou-se uma melhoria de score de 100%, através do desenvolvimento de intervenções em parceria com a pessoa idosa promovendo a capacidade do Cuidado de Si.

O estágio permitiu entender que as alterações do estado nutricional são muitas vezes consideradas como fazendo parte do inevitável processo de envelhecimento e por isso mesmo pouco valorizadas pela equipa de enfermagem. Compreender estes aspetos torna-se fundamental, tal como uma avaliação estruturada, direcionada para as problemáticas do idoso, visando a adoção de estratégias em parceria com a pessoa idosa para promover a capacidade do Cuidado de Si.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados na medida em que a equipa de enfermagem despertou para o problema e reconheceu a importância de uma avaliação estruturada do estado nutricional da pessoa idosa bem como o desenvolvimento de intervenções de enfermagem em parceria com o doente, valorizando as suas capacidades, os seus conhecimentos e sua capacidade de tomar decisões relativas ao seu processo saúde doença.

Não obstante, há a referir que a implementação de um instrumento de avaliação ainda não foi sentida pela equipa como uma necessidade tendo em conta a instabilidade vivida atualmente ficando, no entanto, no serviço todas as ferramentas

para a sua introdução.

A compreensão destes fenómenos permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem Médico-cirúrgica área de especialização pessoa idosa no que diz respeito aos quatro domínios que definem as competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; gestão da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2009a). De uma forma sucinta, é de salientar uma prática de cuidados baseada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, otimizando as respostas da equipa de enfermagem no sentido de um ambiente seguro e terapêutico com ganhos na qualidade dos cuidados prestados.

O contexto do estágio, o contributo do saber teórico e reflexivo, fomentado por toda a pesquisa bibliográfica efetuada, e ainda o trabalho desenvolvido junto da enfermeira orientadora de estágio, perita na área, e da equipa de enfermagem experiente na arte de cuidar estes doentes possibilitou a aquisição de competências específicas na prestação de cuidados especializados à pessoa idosa com IC.

Estas competências não se limitaram à avaliação do estado nutricional em parceria com a pessoa idosa, na qual considero ter aprofundado o meu conhecimento. Mas também ao nível das várias dimensões da pessoa idosa como a avaliação da capacidade funcional, identificando as limitações tanto ao nível das atividades de vida diárias como das atividades instrumentais de vida diárias, cuidados inerentes à gestão e controlo da dor, na transição para a alta hospitalar, como a gestão terapêutica e apoio domiciliário. Refiro também a capacitação na avaliação global da pessoa idosa com IC aos vários níveis como a alimentação/ ingestão hídrica; gestão de esforços; eliminação; reconhecer sinais e sintomas de IC...

Por outro lado, a análise das práticas e a discussão de casos contribuiu para uma reflexão individual de autoconhecimento, de pesquisa, atualização e aperfeiçoamento da minha prática de cuidados no sentido de uma maior perícia.

Há ainda a referir o desenvolvimento de competências na área da investigação, gestão, formação e do trabalho em equipa o que constituiu um verdadeiro desafio, pontuado por alguns momentos de frustração, mas que me motivou até ao último instante, conseguindo de algum modo mudanças na forma de estar nos cuidados.

É através das adversidades que crescemos como pessoas e como profissionais pelo que considero que o estágio e respetivo projeto contribuíram positivamente para o

início do meu caminho como enfermeira especialista. Na minha opinião a avaliação do estado nutricional da pessoa idosa tem toda a pertinência na medida em que contribui para controlo da doença e melhoria da sua qualidade de vida. Assim com o intuito de promover o cuidado de si, através de um modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa com doença crónica família, integro um grupo de trabalho multidisciplinar, que se encontra a desenvolver um projeto na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UIDE) e que tem como intenção a continuação do desenvolvimento deste projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaro, C. (2011). Porque é que envelhecemos? In: SARAIVA, J. - *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* Lisboa: Lidel, pág.15-22
- AHA (American Heart Association) (2006). Diet and lifestyle recommendation revision 2006. *Journal of the American Heart Association*.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Edições 70
- Barthel, D.W. e Mahoney, F. (1965). Functional evaluation: Barthel Index. *Md State Med J*, 14:2, 1965.
- Basto, M.L. (1998). Da Intenção de mudar à mudança. Porto: Ed. Rei dos Livros
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto.
- Bergert, F.; Conrad, D.; Ehrental, K.; Febler, J.; Gross, J.; Gundermann, K.; Kluthe, B.; Heinrich, W.L.; Liesenfeld, A.; Loew, P.; Luther, E.; Pchalek, R.; seffrin, J.; Sterzing, A.; Wolfring H.-J.; Zimmermann, U. (2009). Pharmacotherapy guidelines for the aged by family doctors for the use of family doctors. *International Journal of Clinical Pharmacology*. 47(3). 141-152
- Bogdan, R. Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora
- Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos*. Porto : Bial
- Cabete, D. G. (2005). *O idoso, a doença e o Hospital: O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures. Lusociência. P. 11-18.
- Candela, C.G.; Blanco, A.C.; Pérez, L.M.L.; Fuster, G.O. (2010). Eficacia, coste-efectividad y efectos sobre la calidad de vida de la suplementación nutricional. *Nutricion Hospitalar*. 25(5) 781-792
- Carvalho, M. (2007). A participação do doente no processo de cuidados de enfermagem: Da passividade à participação activa no seu processo de cuidados. In Gomes, et al *Parceria e cuidado de enfermagem- Uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau. 23-66
- Costa, V.T.; Alves, PC.; Lunardi, V.L. (2006). Vivendo uma doença crónica e falando sobre ser cuidado. *Revista de enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro. Vol.14, Nº1. (Jan/Mar 2006). 27-31.[Acedido em 20/11/2010] Disponível em: [www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a04.pdf](http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a04.pdf)



- Costa, M.A. (2002) – *Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Coimbra,p. Formasau/Educa, 2002.
- Durão, C. (2003). Anamnese: uma oportunidade para aumentar a aderência à intervenção nutricional. *Nutricias* Nº3.12-15. Acedido em Dezembro de 2011. Disponível em: [http://www.apn.org.pt/xFiles/scContentDeployer\\_pt/docs/Doc43.pdf](http://www.apn.org.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc43.pdf)
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem gerontológica*. São Paulo Artmed.
- ESEL (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa) (2011). Regulamento do Mestrado. Publicado em 30 de Novembro de 2011. Acedido a 10 de Janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/Regulamentos/RegulamentoUClisoladas.htm>
- ESC (European Society of Cardiology) (2008). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal* 29. pp. 2388-2442 [Acedido em Junho/2011].Disponível em [http,p.//eurheartj.oxfordjournals.org/content/29/19/2388.full.pdf+html?sid=aa1d9b29-563c-4587-9abd-9a15e7ea6424](http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/29/19/2388.full.pdf+html?sid=aa1d9b29-563c-4587-9abd-9a15e7ea6424)
- Ferry, M.; Alix, E. (2004). *A Nutrição da pessoa idosa*. Loures. Lusociência,
- França, M.; Cebola, M. ; Gouveia, M.; Mendes, L. (2011). Estado nutricional versus perda ponderal e perimetro geminal em população idosa. Livro de comunicações-conferência internacional sobre envelhecimento. Disponível em: [http://www.cise2011org/docs/cise2011\\_livro:comunicacoes.pdf](http://www.cise2011org/docs/cise2011_livro:comunicacoes.pdf)
- Frazen E; Almeida, M.; Aliti, G.; Bercini, R.; Menegon, D.; Rabelo, E. (2007). Adultos e Idosos com Doenças Crônicas: Implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista HCPA*. 27 Nº2, pág. 28-31. Acedido em Junho/2011.
- Fonseca, A. (2009). Estado nutricional: relação com a actividade física e doença crónica em idosos institucionalizados. (Dissertação de mestrado integrado em medicina), Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências da Saúde
- Foucault, M. (1984). *Histórias da sexualidade – III – Cuidado de si*. Lisboa: Relógio D´Água Editores
- Fortin, M. (1999). O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência.

- Gomes, I.; Carvalho, R.; Dinis, R.; Mesquita, C. e Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau, 2007, Formação e Saúde Lda.
- Gomes, I. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento
- Gomes, I. (2011). Meeting the elderly patient in the Renal Clinic: A partnership in care with the multidisciplinary team. European Dialysis and Transplant Nurse Association/ European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). Madrid. Imprenta Tomás Hermanos. P.43-65.
- ICN (International Council of Nurses) (2010). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2011). *Censos 2011-Resultados Pré-definitivos*. Lisboa. Disponível em: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Lassen, K.; Kruse, F.; Bjerrum, M. (2005). Nutritional care of Danish medical inpatients- patients' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.19. 259-267
- Lassen, K.; Grinderslev, E.; Nyholm, R. (2008). Effect of changed organisation of nutritional care of Danish medical inpatients. *Biomedcentral Health Services Research*. 8 1-13
- Latado A. (2009). Prescrição de dieta na Insuficiência Cardíaca Crónica: Porque não o fazemos?. *Sociedade brasileira de cardiologia*. Acedido em Junho, 2011. Disponível em:  
[http,p.//www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066782X200900110000](http://p://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X200900110000)
- Lawton, M. e Brody, E. (1969). Assessment of Older People: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969; 9, pp. 179-186.
- Leibundgut, G.; Pfisterer M.; La Rocca, H. (2007). Drug Treatment of Chronic Heart Failure in the Elderly. *Drugs aging*. Switzerland. Acedido Outubro de 2010. Disponível em:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=8&sid=19296236-ff2e-4061-9922-b73b15f801d4%40sessionmgr4>

- Louro C. (2004). *Avaliação do Estado Nutricional do Idoso Hospitalizado*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Ciências de Nutrição e Alimentação da Faculdade do Porto. Porto.
- Louro, M. C. (2010). A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. *Revista de Investigação em Enfermagem* (Fevereiro 2010), pp. 59-68.
- Loureiro M. (2008). *Validação do Mini Nutritional assessment em idosos*. (Dissertação de Mestrado Nutrição Clínica), Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra
- Lueckenotte, A. (2002). *Avaliação em Gerontologia*. 3ª Edição. Reichmann e Affonso Editores. pp.58-66.
- Malafaia, G. (2008). As consequências das deficiências nutricionais, associadas à imunossenescência, na saúde do idoso. *Arquivos Brasileiros Ciências Saúde*, 33(3), pp.168-176
- Malafaia, G. (2009). A desnutrição proteico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. *Arquivos Brasileiros Ciências Saúde*, 34(2), pp.101-107
- Martins, A., Pinto, A.; Lourenço, C.; Pimentel, E.; Fonseca, I.; André, M.J.; Almeida, M.P.; Mendes, O.; Santos, R.M. (2008). Qual o lugar da escrita sensível nos registos de enfermagem. *Pensar em Enfermagem*. vol 12 nº2 2º semestre 2008, pp. 52-61
- Mckee, S.; Witham M (2009). Non- pharmacological management. In: Ward, C.; Witham, C. – *A practical guide to heart failure in older people*. UK: Wiley-Blackwell,.
- Meleis, A. (2000). Experiencing Transitions: Na Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23, nº1, p.12-28.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing development and Progress*. Philadelphia. Lippincott
- Mendes, A.; Bastos, F.; Paiva, A. (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência* 2010 III, 2, pp.7-16
- Mesquita, A.C. (2007). Empowerment e associativismo no doente crónico In Gomes, et al *Parceria e cuidado de enfermagem- Uma questão de cidadania*. Coimbra. Formasau.

- Moniz, J.M.N. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa - A prática de cuidados como experiência formativa*, Lusociência- Ed técnicas e científicas.
- Moraes, F.; Campos, I.; Lessa, N. (2010). Diagnóstico nutricional em idosos hospitalizados. *NUTRIR GERAIS*, 4(2), 637-651. Disponível em: [http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume4/edicao\\_07/diagnostico-nutricional.pdf](http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume4/edicao_07/diagnostico-nutricional.pdf)
- Morse, J.M.; Morse, R.M.; Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*. 8, pp. 366-377.
- Nessler J. e Skrzypek A. (2008). Chronic heart failure in the elderly: a current medical problem. *Polskie Arch Med Wew netrznej*. 2008, Vol. 118 (10), p,p. 572-580
- Novais, E.; Conceição, A.; Domingos, J. & Duque, V. (2009). O saber da pessoa com doença crónica no auto-cuidado. *Rev HCPA*. Porto Alegre, V. 29 n.º 1 p. 36 – 444
- Oliveira, M.; Fogaça; L.; Leandro-Merhi, V. (2009). Nutritional status and functional capacity of hospitalized elderly. *Biomedcentral Health Services Research* 8:54 pg1-8
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Publicado em 2001. Acedido a 17 de dezembro de 2011. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Individualização das especialidades em enfermagem. Disponível: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009a). *Modelo de Desenvolvimento Profissional*. Publicado em Dezembro de 2009. Acedido a 10 julho de 2011. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009b). *Código Deontológico*. Publicado em Setembro de 2009. Acedido em fevereiro de 2012. Disponível em: [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. (Caderno temático)
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2005). Chronic diseases and their common risk factors [actualizado em 2005; acedido em Dez/2011] Disponível em: [www.WHO.int](http://www.WHO.int)

- Pirlich M, Schutz T, Kemps M, Luhman N, Burmester GR, Brumann G, Plauth M, Lubke H J, Lochs H. (2003). Prevalence of malnutrition in hospitalized medical patients: impact of underlying disease. *Digestive Disease*. 21(3):245-51.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004a). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004. Acedido em Dezembro de 2011 <http://www.min-saude.pt>
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2004.
- PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da saúde (2006). Actualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares (Circular normativa nº 03/DSPCS). Lisboa
- PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da saúde (2008a). Patologias a integrar, prioritariamente, em projectos da gestão integrada da doença. Lisboa.
- PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral da saúde (2008b). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas: Envelhecer com sabedoria. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2008. Acedido Outubro de 2011. Disponível em [www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiro/i010171.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiro/i010171.pdf)
- PORTUGAL. Portal da Saúde (2005). *Doenças crónicas*. Publicado em 2 de Dezembro de 2005. Acesso em 15 de Dezembro de 2011. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt>
- . Quivy, R. & Campenhoudt, L.V. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. 1ª ed. Lisboa: Gradiva, 1992. 275p
- Ramic, E. Pranjic, N.; Mujanovic, O.; Karic, E.; Alibasic, E.; Alc, A. (2011). The Effect of Loneliness on Malnutrition in Elderly Population. *Med Arh*, 65(2), 92-95
- Ricou, M; Salgado, J.; Alves, C.; Duarte, I.; Teixeira, Z.; Barias, J.; Nunes,R. (2004). A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia Saúde & Doenças*. Lisboa. Nº002 pág. 131-144
- Rocha, L.A. e Silva, L.F. (2009). Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet].;11(3),p.484-93. Disponível:<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a04.htm> [acedido a 5/05/2011]

- Ruivo, M.; Ferrito C.; Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. Publicação da área disciplinar de enfermagem. ESSIP Setúbal. Nº 15. Março
- Sahade V.; Montera V. (2009). Tratamento nutricional em doentes com insuficiência cardíaca. *Revista de Nutrição*. Acedido em Junho de 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n3/v22n3a10.pdf>
- Saraiva, J. (2011). *Otorrinolaringologia e Envelhecimento*. Lisboa: Lidel
- Schumacher, K.L.; Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, Indianápolis, v. 26, n. 2, 119-127.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa, Lidel.
- Sousa, J. C. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Rev Port Clin Geral* Lisboa, 21, 533 – 534.
- Sousa, V.M.C.; Guariento, M.E. (2009). Avaliação do idoso desnutrido. *Rev BrasClin Med*, 7, 46-49.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem estar para Pessoas Idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Subtil, J. (2011). Disfagia In: Saraiva, J. (2011) *Otorrinolaringologia e Envelhecimento* Lisboa. Lidel. pp 127-136.
- Suominen, M.H.; Sandelin, E.; Soini, H.; Pitkala, K.H. (2009). How well do nurses recognize malnutrition in elderly patients?. *European Journal of Clinical Nutrition*, 63, 292-296
- Vieira, A. I. (2001). *Nutrição e envelhecimento* in Pinto, Anabela Mota et al - *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora
- Veloso, L; Junior, M.T.; Munhoz, R.; Morgado, P.; Ramires, J.; Barreto, A. (2005). Repercussão nutricional na insuficiência cardíaca avançada e o seu valor na avaliação prognóstica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84, nº6. São Paulo, pp.480-485
- Zagonel, I.P. (1998). O cuidado de Enfermagem na perspectiva dos eventos transacionais Humanos. *Acta Paulista Enfermagem*. Maio/Ago de 1998, Vols. 11, nº2.
- Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol.7, n.3, pp. 25-32.

- Ward, C.; Witham, C. (2009). *A practical guide to heart failure in older people*. UK. Wiley-Blackwell,.
- World Health Organization (2005). *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde.

# Anexos



## Anexo I – Mini Nutritional Assessment

Sobrenome:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "Triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "Triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter o escore indicador de desnutrição.

<b>Triagem</b> <b>A</b> Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão		<b>J</b> Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
<b>B</b> Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso		<b>K</b> O paciente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	
<b>C</b> Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal		<b>L</b> O paciente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	
<b>D</b> Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não		<b>M</b> Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	
<b>E</b> Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos		<b>N</b> Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	
<b>F</b> Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m] <sup>2</sup> ) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		<b>O</b> O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	
<b>Escore de Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos)</b> 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R		<b>P</b> Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	
<b>Avaliação global</b> <b>G</b> O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospitalar) 1 = sim 0 = não		<b>Q</b> Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	
<b>H</b> Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não		<b>R</b> Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	
<b>I</b> Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não		<b>Avaliação global (máximo 16 pontos)</b> <b>Escore da triagem</b> <b>Escore total (máximo 30 pontos)</b>	

Ref: Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006; 10 : 456-465.  
 Rubenstein LZ, Harter JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Gerontol 2001; 56A : M395-397.  
 Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? J Nut Health Aging 2006; 10 : 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners  
 © Nestlé, 1994, Revision 2006. N67200 12/09 10M  
 Para maiores informações: [www.mna-studiv.com](http://www.mna-studiv.com)

## Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

## Anexo II – Autorizações para realização do estágio e do projeto



Exma Sr<sup>a</sup>  
Enf<sup>a</sup> Grad. Sara Marisa Martins Santos  
Bloco Operatório Central II

**ASSUNTO:** Autorização para a realização de um projecto de intervenção a desenvolver no Serviço de Cardiologia II, subordinado ao tema “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com Insuficiência Cardíaca - Parceria como estratégia para promover o cuidado de si”.

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a realização de um projecto de intervenção a desenvolver no Serviço de Cardiologia II, subordinado ao tema “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com Insuficiência Cardíaca - Parceria como estratégia para promover o cuidado de si”, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica-Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com os melhores cumprimentos,

HSM, 26 de Dezembro de 2011

A Enfermeira Directora

  
(Catarina Batuca)

VAR

DIRECÇÃO DE  
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647  
www.chln.pt  
dse.gfie@hsm.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215  
www.chln.pt


1

Exma. Senhora  
Enf.<sup>a</sup> Sara Marisa dos Santos  
Bloco Operatório Central II  
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

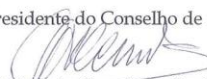
Ref<sup>a</sup> PCA - 28.DEZ.2011 - 0921

**Assunto:** Projecto "Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com insuficiência cardíaca - Parceria como estratégia para promover o cuidado de si".

Tenho o prazer de informar V. Exa. que o projecto em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pelo Conselho de Administração em 27 de Dezembro de 2011.

Com os melhores cumprimentos, 

O Presidente do Conselho de Administração

  
Prof. Dr. J. A. Correia da Cunha

/MC

CONSELHO DE  
ADMINISTRAÇÃO

Av. Professor Egas Moniz  
1649-035 LISBOA  
Tel: 217 805 000 - Fax: 217 805 610

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

Alameda das Linhas de Torres, 117  
1769-001 LISBOA  
Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 215

[www.chln.pt](http://www.chln.pt)

1

### Anexo III – Escala de avaliação risco de queda de *Morse*

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DE MORSE

		Pontos	Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	Não	0	_____
	Sim	25	_____
2. Diagnóstico Secundário	Não	0	_____
	Sim	15	_____
3. Ajuda na mobilização			
Acamado/Repouso leito		0	_____
Bengala/Andarilho/Canadiana		15	_____
Aparelho/Equipamento		30	_____
4. Terapia endovenosa	Não	0	_____
	Sim	20	_____
5. Marcha			
Normal/Acamado/Cadeira de rodas		0	_____
Lenta		10	_____
Alterada/cambaleante		20	_____
6. Estado Mental			
Orientado		0	_____
Desorientado/Confuso		15	_____
		Total	_____

Morse, J.M., Morse, R.M., e Tylko, S.J. (1989). Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 8, (1989) pp. 366-377.

Nível de Risco	Score
Sem Risco	0-24
Risco Baixo	25-50
Risco Elevado	≥ 50

Score Mim.: 0  
Score Max.: 125

## Anexo IV – Índice de *Barthel*



## Escala de Barthel

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTAÇÃO</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
<b>BANHO</b> 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
<b>INTESTINO</b> 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	

<b>USO DO TOILET</b> 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente ( pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA)</b> 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
<b>MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b> 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

### PONTUAÇÃO

**TOTAL (0–100):**

#### Orientações:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber sobre o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

**Observação:** esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa. Data: 28 de agosto de 2006.

#### Traduzido por:

Dr. Guanis de Barros Vilela Junior  
 Grupo de Pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física  
 UEPG / METROCAMP

## Anexo V – Escala de avaliação e *Lawton* e *Brody*

# **ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (IADL)**

ESCALA DE LAWTON E BRODY  
Instrumental Activities of Daily Living Scale

---

## **TRADUÇÃO EM PORTUGUÊS E ORGANIZAÇÃO:**

Sofia Madureira, Ana Verdelho, no âmbito do projecto LADIS  
smadureira@hotmail.com  
averdelho@fm.ul.pt

## ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Escala de Lawton e Brody

Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)

*Lawton M.P.; Brody E.M. 1969 Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 9, 179-186*

A escala deve ser administrada a um acompanhante.

**Não aplicável:** cotar 9 (não aplicável) quando a tarefa nunca foi feita na vida. Nos casos em que a tarefa não é feita no presente por motivos aparentemente independentes da vontade ou capacidade do sujeito (ex: o sujeito não tem telefone em casa ou nunca usa os transportes públicos porque não precisa), o examinador deve formular a questão da seguinte maneira: "suponha que o doente tinha que fazer um telefonema, usar um transporte público, etc...., acha que seria capaz de o fazer?" e cotar de acordo com a resposta.

### A. Capacidade para usar o telefone

- |   |   |
|---|---|
| Usa o telefone por sua iniciativa, marca os números, etc... | 1 |
| Marca alguns números mais conhecidos                        | 2 |
| Atende o telefone, mas não marca                            | 3 |
| Não usa o telefone de todo                                  | 4 |
| Não aplicável   | 9 |

### B. Compras

- |   |   |
|---|---|
| Faz todas as compras independentemente            | 1 |
| Só faz, independentemente, pequenas compras       | 2 |
| Necessita ser apoiado para fazer compras          | 3 |
| Completamente incapaz para fazer pequenas compras | 4 |
| Não aplicável                                     | 9 |

### C. Cozinhar

- |  |   |
|--|---|
| Planeia, prepara e serve adequadamente as refeições, de modo independente                      | 1 |
| Prepara as refeições adequadamente, se lhe forem dados os ingredientes                         | 2 |
| Aquece e serve refeições já preparadas ou prepara refeições, mas não mantém uma dieta adequada | 3 |
| Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições   | 4 |
| Não aplicável  | 9 |

#### D. Lida da casa

Cuida da casa sozinho ou com assistência ocasional (ex.: ajuda para trabalhos domésticos mais pesados)	1
Faz trabalhos leves, como lavar a loiça e fazer as camas	2
Faz tarefas diárias leves, mas não consegue manter um nível de limpeza aceitável	3
Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas	4
Não participa em qualquer actividade doméstica	5
Não aplicável	9

#### E. Tratamento da Roupa

Cuida completamente da lavagem da sua roupa	1
Lava pequenas peças (meias, cuecas, etc.)	2
Toda a lavagem de roupa é feita por outros	3
Não aplicável	9

#### F. Deslocações

Viaja independentemente em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	1
Desloca-se de táxi, mas não usa transportes públicos	2
Viaja em transportes públicos quando acompanhado por outras pessoas	3
Viaja, limitado a táxi ou automóvel particular com assistência de outros	4
Não viaja de todo	5
Não aplicável	9

#### G. Responsabilidade pelos seus próprios medicamentos

É responsável por tomar os seus medicamentos na dose e tempo correctos	1
Assume a responsabilidade, se medicação estiver separada previamente	2
Não tem capacidade para tomar conta dos medicamentos	3
Não aplicável	9

#### H. Capacidade para tratar das finanças

Lida com assuntos financeiros independente (orçamentos, cheques, faz pagamentos, vai ao banco)	1
Maneja o dinheiro no dia a dia, mas precisa de ajuda para lidar com somas mais avultadas	2
Incapaz de lidar com dinheiro	3
Não aplicável	9

**Nota:** esta pontuação, na versão do projecto LADIS, é distinta da utilizada no instrumento original.

## Anexo VI – Escala de avaliação Breve estado mental

# AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

Organização:

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências

Manuela Guerreiro, Ana Paula Silva, Maria Amália Botelho, Olívia Leitão,

Alexandre Castro Caldas, Carlos Garcia

Lisboa, 1994



## AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

### I. ORIENTAÇÃO

"Vou fazer-lhe algumas perguntas. A maior parte delas são fáceis. Tente responder o melhor que for capaz".  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

1. Em que ano estamos? \_\_\_\_\_
2. Em que mês estamos? \_\_\_\_\_
3. Em que dia do mês estamos? (Quanto são hoje?) \_\_\_\_\_
4. Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_
5. Em que dia da semana estamos? (Que dia da semana é hoje?) \_\_\_\_\_
6. Em que País estamos? (Como se chama o nosso país?) \_\_\_\_\_
7. Em que Distrito vive? \_\_\_\_\_
8. Em que Terra vive? \_\_\_\_\_
9. Em que casa estamos? (Como se chama esta casa onde estamos?) \_\_\_\_\_
10. Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

### II. RETENÇÃO

"Vou dizer-lhe três palavras. Queria que as repetisse e que procurasse decorá-las porque dentro de alguns minutos vou pedir-lhe que me diga essas três palavras".

As palavras são:

PERA                  GATO                  BOLA

"Repita as três palavras".

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta.)

PERA \_\_\_\_\_ GATO \_\_\_\_\_ BOLA \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

### III. ATENÇÃO E CÁLCULO

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e que ao número encontrado volte a subtrair 3 até eu lhe dizer para parar."

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta. Parar ao fim de 5 respostas. Se fizer um erro na subtracção, mas continuando a subtrair correctamente a partir do erro, conta-se como um único erro).

(30)    (27)    (24)    (21)    (18)    (15)

NOTA \_\_\_\_\_



#### IV. EVOCAÇÃO

(Só se efectua no caso do sujeito ter apreendido as três palavras referidas na prova de retenção).

"Agora veja se me consegue dizer quais foram as três palavras que lhe pedi há pouco para repetir".  
(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

PERA \_\_\_\_\_ GATO \_\_\_\_\_ BOLA \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

#### V. LINGUAGEM

(Dar 1 ponto por cada resposta correcta)

a) Mostrar o relógio de pulso.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

b) Mostrar um lápis.

"Como se chama isto?" \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

c) Repetir a frase:

"O rato rói a rolha" \_\_\_\_\_

NOTA \_\_\_\_\_

d) "Vou dar-lhe uma folha de papel. Quando eu lhe entregar o papel, pegue nele com a sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão" (ou: "coloque-o aqui em cima da secretária/mesa" - indicar o local onde o papel deve ser colocado).

(Dar 1 ponto por cada etapa bem executada. A pontuação máxima é de 3 pontos).

• Pega no papel com a mão direita \_\_\_\_\_

• Dobra o papel ao meio \_\_\_\_\_

• Coloca o papel no chão \_\_\_\_\_

(ou no local indicado)

NOTA \_\_\_\_\_

e) "Leia e cumpra o que diz neste cartão".

(Mostrar o cartão com a frase: "**FECHE OS OLHOS**")

Se o sujeito for analfabeto o examinador deverá ler-lhe a frase).

(Dar 1 ponto por cada realização correcta).

NOTA \_\_\_\_\_

f) "Escreva uma frase".

(A frase deve ter sujeito, verbo e ter sentido para ser pontuada com 1 ponto. Erros gramaticais ou de troca de letras não contam como erros).

NOTA \_\_\_\_\_

A frase deve ser escrita numa folha em branco (se o sujeito for analfabeto este ponto não é realizado)

g) "Copie o desenho que lhe vou mostrar".

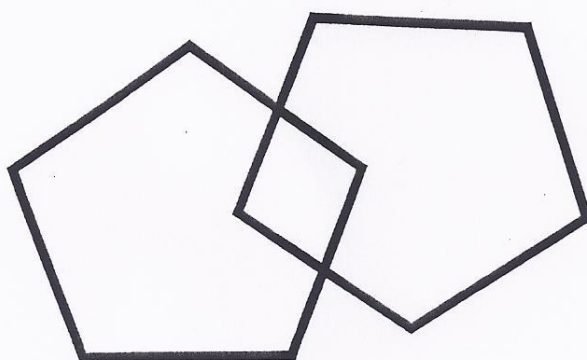
(Mostrar o desenho num cartão ou na folha)

(os 10 ângulos devem estar presentes e 2 deles devem estar intersectados para pontuar 1 ponto: Tremor e erros de rotação não são valorizados).

NOTA \_\_\_\_\_

NOTA TOTAL \_\_\_\_\_

**FECHE OS OLHOS**



## AVALIAÇÃO BREVE DO ESTADO MENTAL

### VALORES DO GRUPO DE CONTROLO

Valores de Corte para a população portuguesa:

Idade superior a 40 anos:

Analfabetos: defeito  $\leq 15$

1 a 11 anos de escolaridade: defeito  $\leq 22$

>11 anos de escolaridade: defeito  $\leq 27$

## Anexo VII – Avaliação qualitativa do estágio

Relativamente aos objetivos do estágio da aluna Sara Santos, integrado no Curso de Mestrado Médico- Cirurgica área de especialização da Pessoa Idosa, considero que os mesmos foram alcançados.

A Sara mostrou-se sempre interessada e empenhada no seu processo de aprendizagem e crescimento enquanto enfermeira especialista, integrando-se na equipa e envolvendo-a. No relacionamento com a pessoa idosa e sua família destaco a capacidade da Sara para criação de um ambiente de confiança, onde trabalhava com os mesmos num patamar de igualdade, facilitando o trabalho em parceria.

No que concerne ao projecto por ela desenvolvido revelou-se sem dúvida pertinente na área dos doentes idosos com IC, como demonstra a evidência científica e o instrumento por ela escolhido e aplicado. Realço na Sara a capacidade de não se centrar apenas na aplicação deste mesmo instrumento, mas na sua necessidade de desenvolver competências como perita na avaliação global dos doentes idosos com IC (avaliando situações/ alterações decorrentes do processo de envelhecimento e as especificidades associadas à avaliação do doente com IC e alteração do seu estado nutricional), trabalhando com os mesmos em parceria para encontrar soluções para os problemas encontrados, reavaliando sempre que necessário as estratégias implementadas. Acrescento ainda que as pessoas idosas e famílias com quem a Sara trabalhou em parceria reconheciam o trabalho por ela desenvolvido e a especificidade inerente ao mesmo.

Os objetivos que contemplavam um desenvolvimento de competências como enfermeira perita na avaliação do doente idoso com IC e alterações do seu estado nutricional, em parceria com o mesmo, foram na minha opinião plenamente alcançados. Em relação ao objetivo em que se previa a implementação de mudanças nas práticas diárias da equipa de enfermagem, não conseguimos implementar a aplicação da escala MNA pelas mudanças e instabilidade vivida no serviço em causa. No entanto, e pela capacidade da Sara através de formações formais e informais, conseguimos que a equipa compreendesse a importância desta avaliação, verificando-se novas estratégias de intervenção em parceria com a pessoa idosa e uma mudança em termos de registos de enfermagem (começaram a ficar descritas as estratégias implementadas), traduzindo um ganho na melhoria dos cuidados de saúde.

Qualitativamente avalio o estágio em Muito Bom.

Lisboa, Março de 2012

# Apêndices

Apêndice I – Conteúdo e análise dos questionários efetuados aos enfermeiros do  
serviço de cardiologia



## Corpo das respostas

### **Enf.<sup>a</sup> 1**

Face ao internamento de um idoso com IC, considero importante avaliar os seus hábitos alimentares, intolerâncias e preferências, bem como avaliar o seu estado físico e factores que afectam o seu estado nutricional.

### **Enf.<sup>a</sup>2**

Quando fiz o acolhimento ao doente idoso com o diagnóstico de ICC tentei averiguar quais os seus hábitos alimentares, aqueles alimentos que o doente não gosta, para poder adequar a dieta enquanto esteja internado.

Considero esta avaliação necessária uma vez que a ingestão de certos alimentos bem como a restrição de alguns nutrientes podem ser prejudiciais para uma boa recuperação do seu estado de saúde.

### **Enf.<sup>a</sup> 3**

Lembro-me de um doente internado atualmente que tem 80 anos, média estatura e magro embora tenha sido internado por aumento de peso. A minha primeira abordagem foi avaliar o seu peso, procurei conhecer os seus hábitos alimentares, os seus gostos e as suas crenças relativamente a comer.

Esta avaliação é importante para o enfermeiro poder intervir de modo a que o doente não corra riscos.

### **Enf.<sup>a</sup>4**

A avaliação do estado nutricional é essencial, nomeadamente quando se começa a verificar uma perda de apetite resultante de caquexia de IC.

Contudo é necessário não esquecer que a anorexia é um processo evolutivo da ICC, por isso é importante compreender o doente e aceitar os seus tempos (saber qual é a hora preferida para se alimentar e que mais gosta de comer).

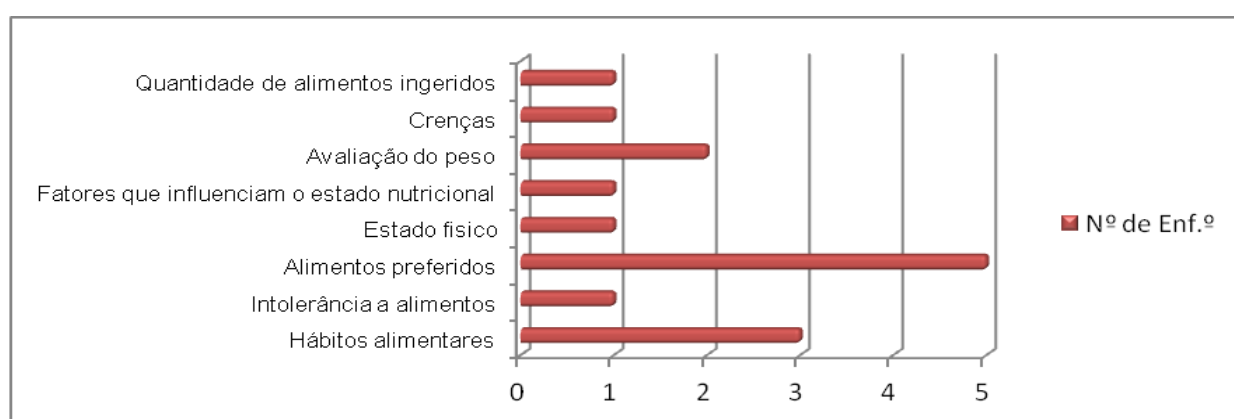
## Enf.ª5

Pensei primeiro no estado de hidratação do doente, fiz avaliação do peso para verificar a presença de edemas, também verifiquei a quantidade de alimentos ingerida bem como os seus gostos alimentares (quanto ao tipo de alimentos e consistência).

### Análise

Fatores considerados pelos enfermeiros na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa.	Nº Enfermeiros
Hábitos alimentares	3
Intolerância a alimentos	1
Alimentos preferidos	5
Estado físico	1
Fatores que influenciam o estado nutricional	1
Avaliação do peso	2
Crenças	1
Quantidade de alimentos ingeridos	1

Gráfico 1 Fatores considerados pelos enfermeiros na avaliação do estado nutricional da pessoa idosa



## Apêndice II – Pedido de consentimento informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Finalidade do Estudo: Promover o estado nutricional do idoso com insuficiência cardíaca hospitalizado no Serviço de Cardiologia do Hospital Pulido Valente – Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Procedimento: A participação neste estudo far-se-á através da aplicação de um instrumento de avaliação do estado nutricional (Mini *Nutritional Assessment*), cujo instrumento de avaliação se anexa. A informação obtida (dados e respostas) será tratada de forma confidencial, ao abrigo da Lei da Proteção de Dados Pessoais n.º 67/98 de 26 de Outubro.

A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo a qualquer momento negar o consentimento.

---

\_\_\_\_\_ (nome). Declaro compreender a informação que me foi dada sobre a natureza do estudo. Fui informado(a) sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado (a) que tenho o direito de recusar participar. Compreendo os procedimentos a realizar, pelo que consinto participar no estudo.

Lisboa, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

---

Assinatura do Investigador

---

Sara Santos

### Apêndice III – Plano da 1ª Sessão de formação e respetiva apresentação

## PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TEMA:** Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC.

**FINALIDADE:** Pretende-se com a sessão de formação a apresentação do projeto de estágio aos enfermeiros do serviço.

**POPULAÇÃO ALVO:** A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço de Cardiologia

**LOCAL DE INTERVENÇÃO:** Serviço de Cardiologia

**DATA:** 16 de outubro de 2011

**DURAÇÃO:** 30 min.

**FORMADORES:** Sara Santos.

**OBJECTIVOS:** (1) Apresentar o projeto de estágio, (2) Contextualizar a temática da nutrição da pessoa idosa, (3) Apresentar o *MNA*<sup>®</sup> instrumento de avaliação selecionado para a concretização do estudo.

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>
Apresentar o projeto de estágio	Contextualizar a problemática em estudo	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Contextualizar a temática da nutrição e o envelhecimento e a nutrição e o doente com IC	Definição de conceitos.	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Apresentar as medidas de avaliação do estado nutricional	Apresentação medidas de avaliação	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador

## AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA IDOSA COM IC HOSPITALIZADA:

PARCERIA COMO INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA A  
PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI

Sara Santos

## OBJETIVOS

- Apresentar o projeto de estágio intitulado “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada: Parceria com intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de si”.
- Contextualizar a temática da nutrição da pessoa idosa.
- Apresentar as medidas de avaliação do estado nutricional.

## ENVELHECIMENTO

- Envelhecimento demográfico.
- 18% do total da população corresponde a população idosa.
- 80% dos idosos são portadores de pelo menos uma doença crónica.

## NUTRIÇÃO E ENVELHECIMENTO

A qualidade de vida do idoso depende do seu estado nutricional. No momento de entrada no hospital, cerca de metade apresentam má nutrição e/ou desequilíbrios alimentares.

ALIX, M. et al (2004)

A desnutrição afeta cerca de 12% das pessoas portadoras de doença crónica.

LOUREIRO M. (2008)

O idoso hospitalizado desnutrido aumenta em dias o tempo de internamento, estando sujeito à ocorrência de mais complicações.

LOUREIRO M. (2008)

## ESTADO NUTRICIONAL

A nutrição desempenha um papel preponderante na prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento de problemas crónicos e de lesões agudas. A sua avaliação é fundamental para uma abordagem eficaz à pessoa idosa.

Cabe, habitualmente, ao enfermeiro a primeira avaliação do estado nutricional da pessoa idosa apesar de a abordagem incidir numa equipa multidisciplinar.

FERRY e ALIX (2004)

## DESNUTRIÇÃO NO IDOSO E IC

A IC faz-se acompanhar de défices nutricionais que podem ocorrer por vários fatores como a ingestão desadequada, alterações do metabolismo, interações medicamentosas e perda de nutrientes.

(SAHADE e MONTERA, 2009)

Os défices vitamínicos e de micronutrientes são também associados à IC, particularmente agravado pelo uso de diuréticos.

(MCKEE e WITHAM, 2009)

As consequências dos défices de vitaminas são várias e influenciam a resposta do sistema imunitário que se torna particularmente interessante em idosos hospitalizados

(FERRY e ALIX, 2004)

## MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- Alimentos ingeridos
- Medidas antropométricas
- Avaliação bioquímica
- *Mini Nutritional Assessment (MNA)*

The image shows a detailed MNA form with sections for demographic data, assessment items (A through J), and a final score calculation. The form includes checkboxes for 'yes', 'no', and 'not known' for each item, and a final score range from 0 to 30.

### TRIAGEM

6 perguntas iniciais  
Só é necessário continuar  
o questionário se a  
pontuação for inferior a  
12 pontos

The image shows the 'Triagem' (Screening) section of the MNA form. It contains six initial questions (A-F) related to food intake, weight loss, mobility, psychological stress, and BMI. A score of 12 or more points indicates that further assessment is not necessary, while a score of 11 or less indicates the need for further assessment.

### Avaliação global

The image shows the 'Avaliação global' (Global Assessment) section of the MNA form. It contains questions (G-L) related to living conditions, medication use, food intake, and overall health. A score of 17 or more points indicates a low risk of malnutrition, while a score of 16 or less indicates a risk of malnutrition.

### MNA

- O MNA permite avaliar o risco individual de desnutrição permitindo uma intervenção precoce
- O MNA é dirigido a idosos
  - inclui aspectos físicos e mentais que habitualmente afectam o estado nutricional do idoso, assim como um inquérito alimentar. É um exame específico, rápido e económico.

Loureiro (2008)

Loureiro (2008)

### OBJETIVOS DO ESTÁGIO

- Desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados em parceria com a pessoa idosa com IC hospitalizada, relativamente à avaliação do seu estado nutricional promovendo a capacidade do cuidado de Si.
- Desenvolver competências como enfermeira especialista em parceria com a equipa de enfermagem na avaliação e otimização do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada para a promoção da capacidade do cuidado de Si.



## CUIDAR EM PARCERIA

Os cuidados de enfermagem devem ir de encontro ao projecto de saúde que a pessoa vive ao longo do seu ciclo de vida.

Cuidado de Si – Modelo de Intervenção de Enfermagem em Parceria com a Pessoa Idosa

- Revelar-se
- Envolver-se
- Capacitar e Possibilitar
- Comprometer-se
- Assumir o controlo do cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro

GOMES, I., 2009

Obrigada pela vossa atenção

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**TEMA:** “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada: Parceria como intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si”.

**DATA:** 16/10/2011

**FORMADOR:** Sara Santos

**OBJETIVO:** Apresentar o projeto de estágio desenvolvido no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de especialização Pessoa Idosa.

Como classifica a ação de formação que assistiu:

Quanto às expectativas: Não correspondeu

Correspondeu parcialmente

Correspondeu

Superou

Quanto ao grau de adequação em relação à realidade profissional:

Nula

Pequena

Média

Grande

Sugestões e críticas: \_\_\_\_\_

#### Apêndice IV – Grelha de itens da avaliação inicial dos registos de enfermagem

**Grelha de observação dos diários de enfermagem e folha de colheita de dados**

**Aspetos que os enfermeiros procuram conhecer acerca da pessoa idosa hospitalizada relativamente ao seu estado nutricional**

**Consultados 9 processos de 3/out a 15/out**

**1ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE**

<b>INDICADOR: IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA COM IC</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Nome preferido	5	4
Idade	8	1
Estado Civil	2	7
Habilitações literárias	3	6
Profissão	4	5
Crenças religiosas	2	7
<b>INDICADOR: CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR):</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Com quem habita	5	4
Condições habitacionais	0	9
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	4	5
Situação económica (referencia a dificuldades)	0	9
Ocupação dos tempos/Projeto de vida	0	9
Fornecimento da alimentação (Quem providencia a compra dos alimentos)	0	9
Quem cozinha	0	9
<b>INDICADOR: CONTEXTO DA DOENÇA:</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Diagnósticos	9	0
Depressão/Solidão	1	8
Antecedentes Pessoais/Cirúrgicos	9	0
Medicação habitual do domicílio	9	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	2	7
Impacto da doença na sua vida	0	9
<b>INDICADOR: PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Alterações da mucosa oral	0	9
Problemas de mastigação	0	9
Problemas de deglutição	0	9
Uso de prótese dentária	2	7
Falta de peças dentárias	0	9
<b>INDICADOR: REDE DE APOIO (REFERENTE AO FORNECIMENTO DE ALIMENTOS):</b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	3	6
Frequenta Centro de dia	1	8

	<b>INDICADOR: <u>PROBLEMAS MOTORES</u></b>	<b>Registado</b>	<b>Não registado</b>
	Sai de casa	4	2

<b>Sobe/desce escadas e/ou deslocar-se</b>	Anda sozinho (com ou sem auxiliares de marcha) Anda sozinho de cadeira de rodas Não consegue andar	<b>3</b>	<b>total-7</b>	
<b>Confecção dos alimentos</b>	Consegue cozinhar as refeições Consegue aquecer as refeições Não consegue preparar	<b>0</b>		<b>9</b>
	<b>INDICADOR: <u>GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA PARA A ALIMENTAÇÃO (BASAL)</u></b>	<b>Registrado</b>		<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>5</b>		<b>4</b>
	<b>INDICADOR: <u>CONHECE O GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA PARA ALIMENTAR-SE (ADMISSÃO):</u></b>	<b>Registrado</b>		<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>5</b>		<b>4</b>
	<b>INDICADOR: <u>CONHECE O GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA PARA ALIMENTAR-SE (CURSO DO INTERNAMENTO):</u></b>	<b>Registrado</b>		<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>5</b>		<b>4</b>
	<b>INDICADOR: <u>CONHECE OS HÁBITOS ALIMENTARES DA PESSOA IDOSA</u></b>	<b>Registrado</b>		<b>Não registrado</b>
<b>Hábitos Alimentares</b>	Peso Horário das refeições Alimentos de que não gosta Alimentos preferidos Quantidade/tipo de alimento que ingere Ingestão hídrica Faz as refeições sozinha Faz as refeições em casa	<b>4</b>		<b>5</b>

## 2ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

<b>INDICADOR: <u>CONHECE A PESSOA IDOSA/FAMÍLIA FACE AOS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES:</u></b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Importância que a pessoa/família atribui à alimentação</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu estado nutricional e o que deve fazer para o otimizar</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>O enfermeiro procura conhecer que tipo de ajuda a pessoa idosa e família necessitam</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>Enf.º estabelece tempo de modo a conhecer os hábitos alimentares da família Enf.º envolve a família durante as refeições (convida-a/acompanha)</b>	<b>0</b>	<b>9</b>

### 3ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR/CAPACITAR

INDICADOR: <u>PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA:</u>	Registado	Não registado
Enf.º inclui informação durante a prestação de cuidados (aplicação do MNA)	0	9
Enf.º partilha informação com a pessoa idosa/família acerca do seu estado nutricional	0	9
Enfermeiro partilha informação, realiza educação terapêutica acerca do regime alimentar	0	9
Enfermeiro desenvolve estratégias (por exemplo contacta a dietista e efetua o registo das mesmas)	0	9
Enf.º promove o autocuidado (cuidado de Si) durante as refeições/respeita os tempos da pessoa idosa, ajuda a pessoa a construir um plano alimentar.	0	9

### 4ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE

INDICADOR: <u>DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS:</u>	Registado	Não registado
O enfermeiro valida se as estratégias/objetivos relativos ao estado nutricional da pessoa idosa	0	9
Enf.º ajuda a família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa.	0	9

### 5ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE Si/ASSEGURAR O CUIDADO DO

#### OUTRO

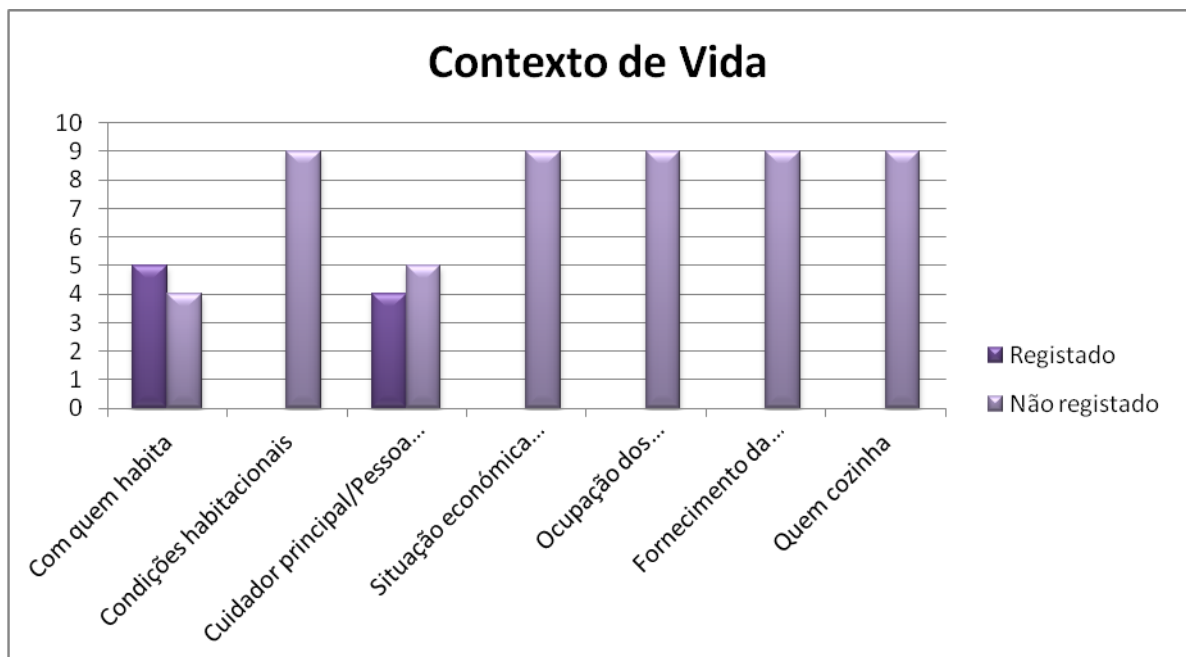
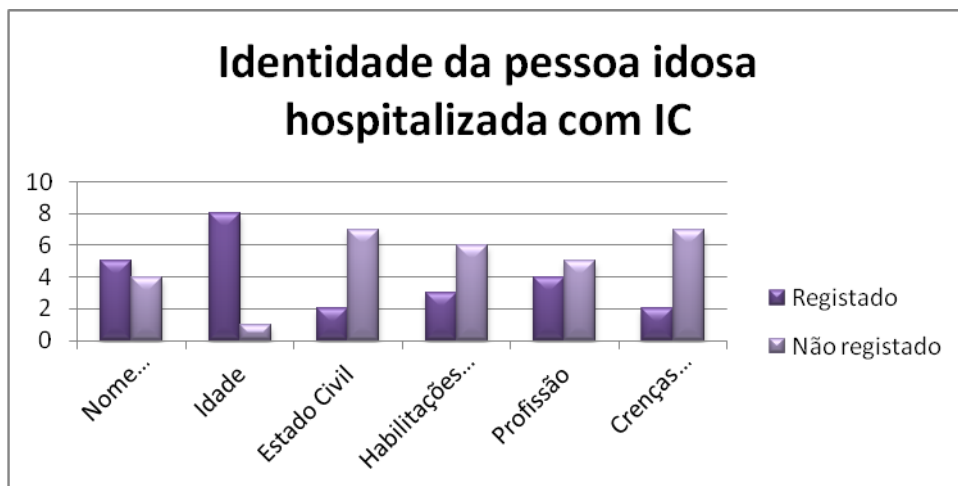
INDICADOR: <u>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE Si:</u>	Registado	Não registado
O Enf.º garante que a pessoa idosa e família são detentoras de informação que lhes permita tomar decisões relativas à sua dieta alimentar.	0	9
O Enf.º garante que a pessoa idosa é detentora de informação que lhe permita prosseguir e ter controlo no seu projeto de vida e de saúde.	0	9
A pessoa idosa demonstra conforto e bem-estar.	0	9
O Enf.º assegura-se que a família tem conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar que lhe permita cuidar da pessoa idosa em situações de perda de apetite.	0	9
O Enf.º valida com a pessoa idosa e família o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessite	0	9

## Apêndice V – Análise da consulta dos registos de enfermagem

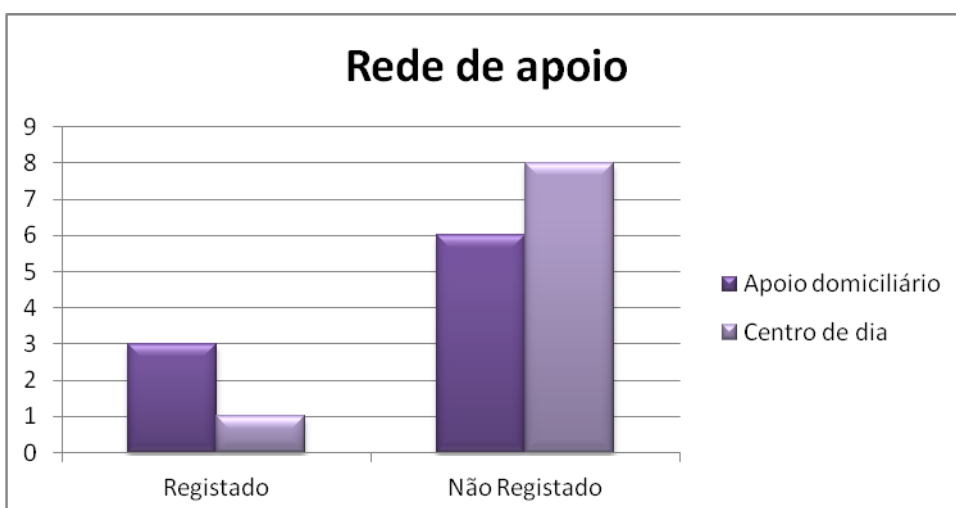
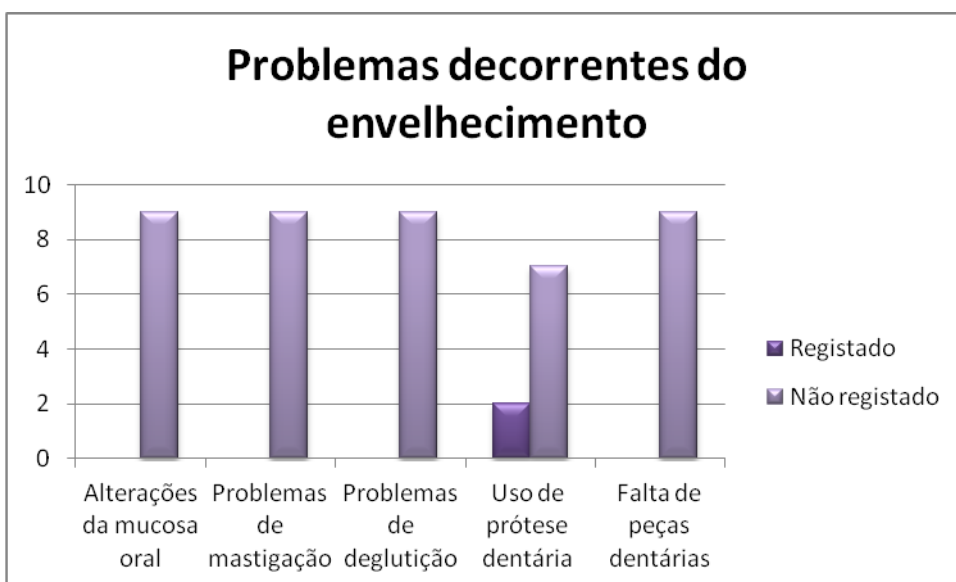
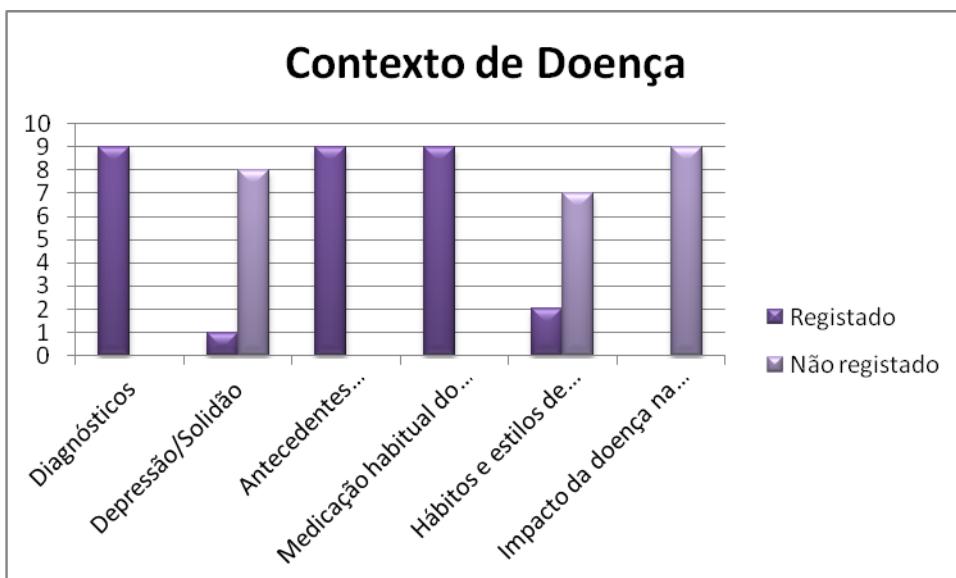
## Análise da avaliação inicial dos registos de enfermagem

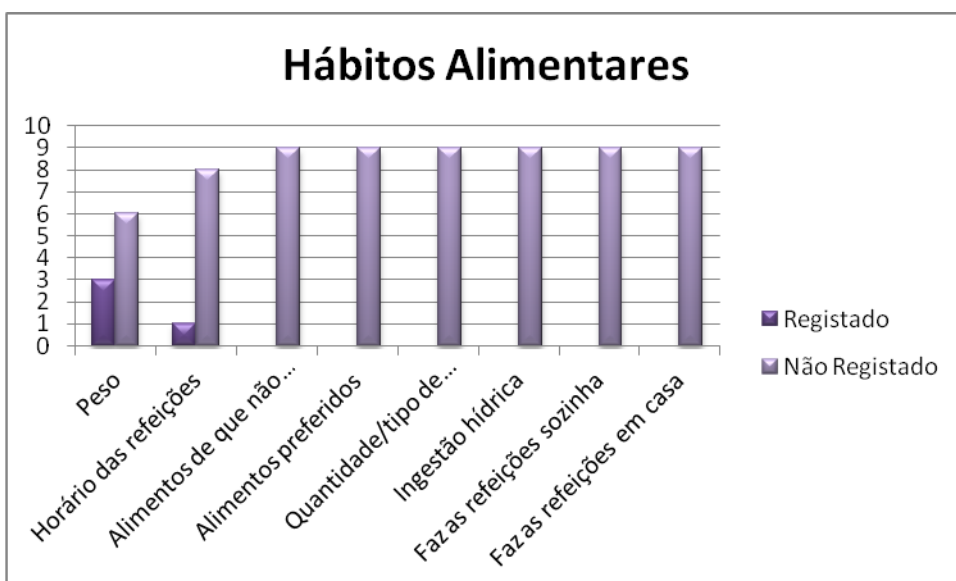
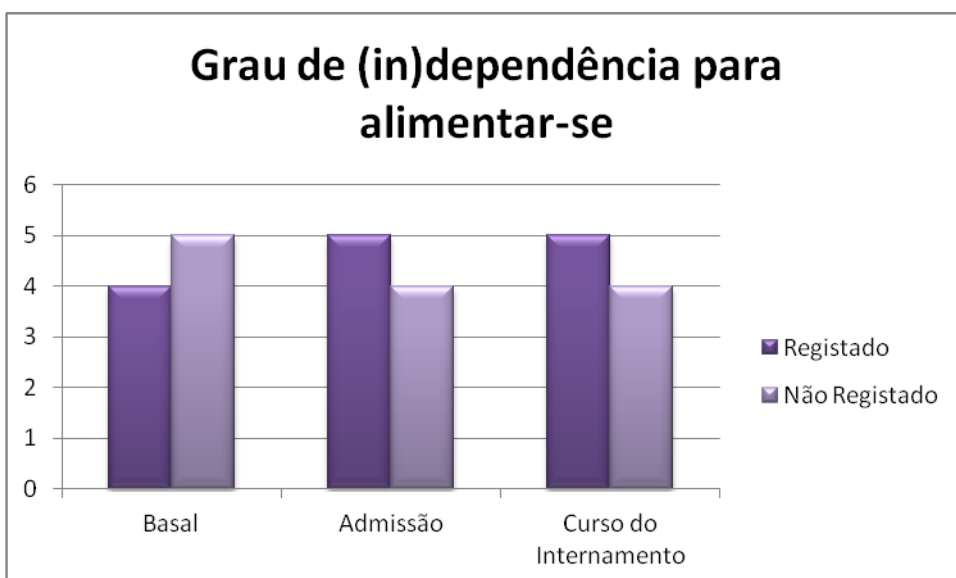
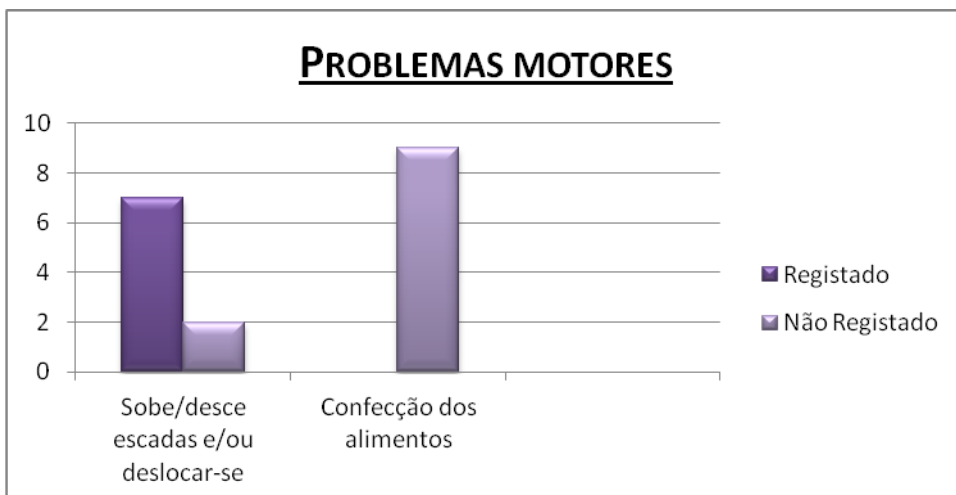
Nesta avaliação apenas foi considerada a primeira fase – Revelar-se- do modelo de intervenção em parceria uma vez que o modelo de intervenção ainda não era do conhecimento da equipa.

### 1ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE









## Apêndice VI – Conteúdo das notas de campo de observação das práticas

## NOTAS DE CAMPO DE OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS

### Registo 1 (R1)

**Local:** A interação decorreu na enfermaria de senhoras composta com 3 camas. Na altura, por falta de vagas, existia uma cama suplementar onde se encontrava a Sr.<sup>a</sup> D.B.

**Data:** novembro/2011

**Hora:**

**Objetivo:** Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativas à alimentação da pessoa idosa hospitalizada com IC.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR	ÁREA TEMÁTICA (Análise de Conteúdo)
<p>A Enf.<sup>a</sup> entrou no quarto no momento em que estavam a ser servidas as refeições. Administrou a terapêutica, observou o que era servido e desejou bom apetite.</p> <p>Na cama suplementar estava a Sr.<sup>a</sup> D. B. doente do sexo feminino com 65 anos com o diagnóstico de IC, muçulmana independente nas atividades de vida diária.</p> <p>Quando ia a sair do quarto constatou que a Sr.<sup>a</sup> D. B. se mantinha sentada na cama com as pernas cruzadas a olhar para o tabuleiro sem lhe mexer. Aproximou-se da doente e disse: - Então Sr.<sup>a</sup> D. B. sente-se bem? Não tem fome?</p> <p>A Sr.<sup>a</sup> D.B. disse que estava tudo bem e observou o que era a refeição. Comeu a sopa em silêncio e a fruta. Não tocou no 2º prato.</p> <p>A enfermeira que se tinha afastado um pouco sem se ausentar da enfermaria, aproximou-se novamente da doente e perguntou: - Não come mais?</p> <p>A Sr.<sup>a</sup> D.B. abanou a cabeça e disse que não comia carne. A Enf.<sup>a</sup> perguntou se estava relacionado com as suas crenças religiosas, ao que a doente confirmou.</p>	<p>Observei que esta conversa decorreu na sala onde se encontravam outras doentes, não foi proporcionada privacidade essencialmente devido às condições físicas da enfermaria.</p> <p>Na minha opinião considero que a Enfermeira deu os primeiros passos no modelo de intervenção da parceria uma vez que procurou <b>conhecer a pessoa idosa</b>, os seus <b>hábitos alimentares, as suas preferências</b>. – <u>Revelar-se</u> - Da mesma forma ao <b>procurar soluções e inclui-la no processo de escolha</b> a Enf.<sup>a</sup> quis que a doente fosse parceira nos cuidados, que tivesse conhecimentos sobre as possibilidades para que tomasse uma decisão, tentou promover a autonomia da doente – <u>Comprometer-se</u> -. Segundo Gomes (2009:87) “É necessário que a pessoa sinta algum tipo de poder – <i>Empowerment</i> - que aumente a eficácia do seu exercício de cidadania” O processo de negociação pressupõe que haja,</p>	<p>Revelar-se <b>Desenvolve conhecimento da Pessoa idosa</b> “ A Sr.<sup>a</sup> D.B. abanou a cabeça e disse que não comia carne. A Enf.<sup>a</sup> perguntou se estava relacionado com as suas crenças religiosas, ao que a doente confirmou. -Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta?”</p> <p>Envolver-se <b>Demonstra atitude c entrada na pessoa</b> “ Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta? Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?”</p> <p>Capacitar e Possibilitar <b>Promove uma acção conjunta</b> “ Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?” <b>Previne e antecipa complicações</b> “a Sr.<sup>a</sup> Dietista está cá para isto mesmo, para resolver estes casos. Para além disso comer apenas a sopa e a fruta não me parece suficiente. Sabe, devemos sempre comer um bocadinho de carne ou peixe. Dá-nos mais energia. E no seu caso dá energia ao seu coração que recupera mais facilmente”</p>

<p>-Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta? Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?</p> <p>-<i>Eu gosto de algum peixe, não sei é se gosto daquele que é servido aqui no hospital. Também não tenho tido muito apetite Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Deixe lá não é preciso estar a incomodar.</i></p> <p>- Sr.<sup>a</sup> D.B. não é nada incomodar, a Sr.<sup>a</sup> Dietista está cá para isto mesmo, para resolver estes casos. Para além disso comer apenas a sopa e a fruta não me parece suficiente. Sabe, devemos sempre comer um bocadinho de carne ou peixe. Dá-nos mais energia. E no seu caso dá energia ao seu coração que recupera mais facilmente.</p> <p>- <i>Então Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> está bem. Posso tentar.</i></p> <p>Dito isto a Enf.<sup>a</sup> disse que iria então contactar a dietista para elaborarem em conjunto um plano alimentar.</p> <p>Esta conversa foi transmitida oralmente na passagem de ocorrências. No dia seguinte a doente teve a visita da dietista tendo sido elaborado um plano alimentar do agrado da doente. Verificou-se que se alimentou com mais apetite nas refeições seguintes.</p>	<p>também, <b>partilha de informação</b>. É necessário dar informação ao outro para que este possa tomar uma decisão. Deste modo a educação para a saúde torna-se fundamental para a construção do processo de parceria. – <u>Assegurar/Assumir o controlo do Cuidar de Si</u></p> <p>Neste caso a Enf.<sup>a</sup> centrou-se nas necessidades nutricionais da doente, no seu contexto cultural, tentou perceber as suas convicções, ofereceu uma solução e quis obter <b>o seu consentimento</b> para colocar em prática a estratégia pensada. – <u>Capacitar/Possibilitar</u> - .</p>	<p>Comprometer-se <b>Promove autonomia</b> “ Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer.” “a Enf.<sup>a</sup> disse que iria então contactar a dietista para elaborarem em conjunto um plano alimentar.”</p> <p>Assegurar ou Assumir o controlo do Cuidado de Si ou do cuidado do Outro <b>Partilha de Poder</b> “ Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?” <b>Permite continuar o seu projeto de vida</b> “Esta conversa foi transmitida oralmente na passagem de ocorrências. No dia seguinte a doente teve a visita da dietista tendo sido elaborado um plano alimentar do agrado da doente”</p>
---	--	---

## Registo 2 (R2)

Local: A interação decorreu na enfermaria de Homens onde estavam 3 doentes. Esta Unidade é a que fica mais próxima da janela, foram corridas as cortinas durante a interação ela Enf.<sup>a</sup>.

Data: 15/nov/2011

Hora: Hora de almoço

Objetivo: Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com IC.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR	ÁREA TEMÁTICA (Análise de conteúdo)
<p>Quando foram servidas as refeições o Sr. M. começou a comer a sopa com alguma dificuldade devido aos tremores e aos cabos de monitorização cardíaca e tensional que lhe limitavam os movimentos.</p> <p>O Sr. M. doente de sexo masculino com 69 anos diagnóstico de IC admitido no serviço por descompensação da IC. Tem antecedentes pessoais de tremor essencial/demência(?) sendo seguido pela psiquiatria.</p> <p>Ingeriu cerca de metade da sopa servida e referiu que não queria comer mais. A Enf.<sup>a</sup> que se encontrava na sala aproximou-se e perguntou se estava tudo bem, porque é que não queria comer mais.</p> <p>-É que sabe Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> como tremo muito canso-me muito a comer e até me enervo.</p> <p>-Então e se eu ajudar acha que consegue comer mais um pouco? O doente encolheu os ombros. A Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao seu lado e começou a dar-lhe a sopa à boca.</p> <p>O doente foi comendo a Enf.<sup>a</sup> informou que o segundo prato era peixe com puré de batata e perguntou:</p> <p>- Gosta?</p> <p>- Do peixe até gosto mais até do que carne. Tenho mais dificuldade em mastigar.</p> <p>- Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar? Dito isso deu-lhe uma pequena quantidade de peixe à boca.</p> <p>Aos poucos o Sr. M: foi comendo e conversando com a Enf.<sup>a</sup>, no final da refeição tinha conseguido comer a totalidade da sopa, cerca de metade do peixe servido e a peça de fruta.</p> <p>-Sabe Sr. M., fiquei muito contente pelo esforço que o Sr. Fez para se alimentar, pois como sabe se não comer não fica melhor.</p> <p>Durante a passagem de</p>	<p>Na minha opinião a Enf.<sup>a</sup> demonstrou <b>disponibilidade</b> para estar com o doente, escutou as suas dificuldades. Devido ao estado geral do doente aquele não era o momento ideal para <b>fazer ensinamentos</b> e <b>dar muitas informações</b>, pelo que optou por substituir o doente naquilo que ele não conseguia fazer.</p> <p>Como o objetivo da Enf.<sup>a</sup> era que o doente se alimentasse não insistiu para que comesse sozinho de modo a que não ficasse frustrado. No entanto relativamente ao segundo prato poderia ter sido útil observar se o doente tinha algum potencial para se alimentar sozinho de alimentos sólidos.</p> <p>Na prestação de cuidados de enfermagem o enfermeiro deve <b>avaliar o potencial da pessoa idosa</b>, do que já sabe, do que ela consegue fazer, do que quer aprender para desta forma inclui-lo com parceiro dos cuidados (Gomes, 2009).</p> <p>Numa intervenção em parceria é fundamental “Ter em consideração a pessoa em si, <b>a sua história de vida, os seus gostos e hábitos</b>, os saberes que eles têm acerca do seu próprio corpo, fruto da sua experiência suas características pessoais como ser único e irrepetível” (Gomes, 2009:92).</p> <p>Relativamente à primeira fase do modelo de parceria – <u>Revelar-se</u> - a Enf.<sup>a</sup> <b>procurou conhecer os gostos alimentares da pessoa</b>. Considero, no entanto, que a Enf.<sup>a</sup> poderia ter ficado a conhecer qual a dependência do Sr. M. em casa. Quem o ajudava a alimentar-se. Quem fornece a alimentação e quem confecciona. Esta informação poderia ter sido validada com a cuidadora (esposa).</p> <p>Ao substituir o Sr. M. na atividade da alimentação ou seja ajudando o doente a alimentar-se a Enf.<sup>a</sup> contribuiu para a promoção de um ambiente seguro – <u>Envolver-se</u> -.</p> <p>Ao tentar obter consentimento para a prestação de cuidados a Enf.<sup>a</sup> procurou ajudar o Sr. M. a tomar uma decisão considero desta forma que embora de um modo muito primário alcançou – <u>Capacitar e Possibilitar</u> – 3ª fase do modelo de intervenção em Parceria (Gomes, 2009)</p> <p>A Enf.<sup>a</sup> procurou <b>dar reforço positivo</b> ao doente dizendo-lhe que tinha admirado o seu esforço para se alimentar contribuindo,</p>	<p>Revelar-se <b>Desenvolve conhecimento da Pessoa idosa</b> “Segundo prato era peixe com puré de batata e perguntou: - Gosta?” – Procurou conhecer os gostos da pessoa</p> <p>Envolver-se <b>Demonstra atitude centrada na pessoa</b> “ Sabe Sr. M., fiquei muito contente pelo esforço que o Sr. Fez para se alimentar, pois como sabe se não comer não fica melhor” <b>Promove um ambiente seguro</b> “ A Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao seu lado e começou a dar-lhe a sopa à boca”</p> <p>Capacitar e possibilitar <b>Promove uma ação conjunta</b> Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar? <b>Previne e antecipa complicações</b> “A Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao seu lado e começou a dar-lhe a sopa à boca”; Durante a passagem de ocorrências foi passada a informação, isto é, que o doente necessitava de ajuda para se alimentar</p> <p>Assumir ou Assegurar o Controlo do Cuidado de Si ou o Cuidado do Outro <b>Partilha de Poder</b> “ Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar?”</p>

ocorrências foi passada a informação, isto é, que o doente necessitava de ajuda para se alimentar.	desta forma, para a sua recuperação.	
--	--------------------------------------	--

### Registo 3 (R3)

Local: A interação decorreu na enfermaria de Homens onde estavam 3 doentes.

Data: novembro/2011

Hora: Hora de almoço

Objetivo: Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com IC.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR	ÁREA TEMÁTICA (Análise de conteúdo)
<p>O Enfermeiro estava responsável pelos três doentes daquela enfermaria.</p> <p>O Sr. A. de 84 anos com o diagnóstico de IC, seguido no HDIC com vários internamento por descompensação da IC com antecedentes pessoais de IRC, tinha sido admitido no serviço no dia anterior por edemas dos membros inferiores e cansaço fácil. Encontrava-se sentado no cadeirão quando foram servidas as refeições, tinha oxigenioterapia por óculos nasais.</p> <p>A refeição era composta por sopa, segundo prato de peixe assado com batatas e brócolos cozidos e uma peça de fruta.</p> <p>O Sr. A. ingeriu apenas cerca de metade do segundo prato de um modo autónomo. A Enf.<sup>a</sup> apesar de não ter estado presente durante a refeição entrou na enfermaria e confirmou o que o doente tinha ingerido. Perguntando-lhe se não lhe tinha sabido bem a refeição.</p> <p>-Oh! Não Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> tudo bem, tenho a boca muito seca, a comida não passa para baixo.</p> <p>- Sr. A. tem que comer já sabe. Tem de se esforçar. Então e em casa? Conseguia comer?</p> <p>-Nestes últimos tempos em casa</p>	<p>Considero que a Enf.<sup>a</sup> mostrou disponibilidade para estar com o doente para o conhecer melhor e em sequência fazer educação para a saúde.</p> <p>Relativamente à primeira fase do modelo de parceria – <b>Revelar-se</b> - a Enf.<sup>a</sup> <b>procurou conhecer os gostos alimentares da pessoa</b>.</p> <p>“Ter em consideração a pessoa em si, <b>a sua história de vida, os seus gostos e hábitos</b>, os saberes que eles têm acerca do seu próprio corpo, fruto da sua experiência suas características pessoais como ser único e irrepetível” (Gomes, 2009:92). A Enf.<sup>a</sup> <b>procurou conhecer os gostos alimentares da pessoa</b></p> <p>Numa intervenção em parceria é fundamental.</p> <p>“A participação do doente nos cuidados é fundamental para a gestão bem sucedida da doença, mas para que o doente possa assumir esse papel é necessário que tenha conhecimentos (...) Isto tem de constituir uma estratégia fundamental na educação para a saúde e na construção do processo de parceria com o doente” (Gomes, 2009:87). Desta forma a Enf.<sup>a</sup> promove uma ação conjunta e</p>	<p>Revelar-se <b>Desenvolve conhecimento sobre a pessoa idosa</b> “ Então e em casa? Conseguia comer?” (...) Então, em casa ultimamente comia sempre um bocadinho de peixe era? E carne, também?” Quando a sua esposa vier, falamos todos. Demonstra que sabe que o Sr. A. é casado.</p> <p>Envolver-se <b>Demonstra atitude centrada na pessoa</b> A Enf.<sup>a</sup> apesar de não ter estado presente durante a refeição entrou na enfermaria e confirmou o que o doente tinha ingerido. Perguntando-lhe se não lhe tinha sabido bem a refeição.</p> <p>Capacitar e Possibilitar <b>Promoção de ação conjunta:</b> “ Sabe, deve sempre que comer um pouco de carne ou peixe. E se for na sopa? Podia dizer à sua esposa para passar um pouco de carne na sopa. Assim já consegue comer e nem custa tanto mastigar”</p> <p><b>Previne e antecipa complicações:</b></p>

<p>também era a mesma coisa, pouco ou nada comia. Um leitinho de manha, um bocadito de peixe. À noite era só uma sopita.</p> <p>-Então, em casa ultimamente comia sempre um bocadinho de peixe era? E carne, também? - Perguntou a Enf.<sup>a</sup></p> <p>- Carne nem vê-la. E o peixe nem todos os dias comia. A minha filha bem se chateia comigo.</p> <p>- Concordo com a sua filha. Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições. Sabe, deve sempre que comer um pouco de carne ou peixe. E se for na sopa? Podia dizer à sua esposa para passar um pouco de carne na sopa. Assim já consegue comer e nem custa tanto mastigar.</p> <p>- Não sei se vou gostar disso.</p> <p>- Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos.</p> <p>- Está bem, então.</p> <p>Durante a visita a Enf.<sup>a</sup> apresentou esta estratégia à esposa do Sr. A.</p>	<p>previne complicações – <u>Capacitar e Possibilitar</u> -</p> <p>A Enf.<sup>a</sup> ao <b>dar informação ao doente</b> quis que o doente fosse parceiro nos cuidados, que tivesse conhecimentos sobre a sua situação para que tomasse uma decisão, assim promove a autonomia do doente. – <u>Comprometer-se</u> -</p> <p>A Enf.<sup>a</sup> apresentou uma provável solução e deu tempo ao doente para pensar nela para posteriormente tomar uma decisão gerindo desta forma o seu processo de doença, considero que a Enf.<sup>a</sup> promoveu uma partilha de poder – <u>Assegurar ou Assumir o controlo do cuidado de Si</u> -</p>	<p>Então, em casa ultimamente comia sempre um bocadinho de peixe era? E carne, também? (...) Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições. Sabe, deve sempre que comer um pouco de carne ou peixe.”</p> <p>Comprometer-se <b>Promove de autonomia</b> “- Não sei se vou gostar disso. - Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos”</p> <p>Assegurar ou Assumir o controlo do cuidado de Si <b>Partilha de Poder</b> “- Não sei se vou gostar disso. - Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos” <b>Permite continuar o projeto de vida</b> - Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos. - Está bem, então. Durante a visita a Enf.<sup>a</sup> apresentou esta estratégia à esposa do Sr. A.</p>
---	--	---

#### Registo 4 (R4)

Local: A interação decorreu na enfermaria de Mulheres onde estavam 3 doentes.

Data: novembro/2011

Hora: Hora do jantar

Objetivo: Identificar as práticas de cuidados da equipa de enfermagem relativamente à avaliação do estado nutricional da pessoa idosa hospitalizada com IC.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO	COMENTÁRIO DO OBSERVADOR	ÁREA TEMÁTICA (Análise de conteúdo)
<p>A Sr.<sup>a</sup> D. E. encontrava-se internada há cerca de uma semana por infeção respiratória. Trata-se de uma doente com antecedentes pessoais de Diabetes tipo II, IC, IRC. Apresentava cansaço fácil e acessos de tosse frequentes, fazia oxigenioterapia por óculos nasais intermitentes.</p>	<p>O aparecimento de várias doenças crónicas e alterações decorrentes do processo de envelhecimento promove um reduzido leque de escolha dos alimentos consumidos determinando, muitas vezes, uma dieta monótona isenta de alimentos</p>	<p>Revelar-se <b>Desenvolve conhecimento sobre a pessoa idosa</b> - Então D. E: diga-me lá porque é que não come?</p> <p>Envolver-se <b>Demonstra atitude centrada na</b></p>



<p>No decorrer da tarde a Sr.<sup>a</sup> D. E. permaneceu sentada no cadeirão e encontrava-se na presença da filha quando foi servido o jantar.</p> <p>A doente comeu apenas a sopa e uma peça de fruta pelo que a Enf.<sup>a</sup> lhe perguntou se não ia comer mais.</p> <p>A filha interferiu na conversa para dizer que a mãe se andava alimentar mal. Que em casa não comia praticamente nada. E que era sempre por imposição dos filhos.</p> <p>Perante isto a Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao pé das duas e decidiu abordar o assunto com a Sr.<sup>a</sup> D. E.</p> <p>- Então D. E: diga-me lá porque é que não come?</p> <p>-Oh! Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> não consigo comer. Também por causa da diabetes não posso comer muito e é tudo sem açúcar depois por causa do coração não posso comer com sal, já vii como é. A comida não me sabe a nada. O peixe às vezes ainda como mas a carne nem pensar.</p> <p>- Compreendo que possa ser difícil. Mas sem combustível não dá. É como os carros temos que pôr lá qualquer coisita. Como é que acha que pode ser? (Pelo que entendi a Enf.<sup>a</sup> queria referir-se à necessidade/importância da doente se alimentar para a manutenção do seu estado de saúde)</p> <p>-Não sei Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> deixe lá isso. São <i>esquisitices</i> da minha filha.</p> <p>- Acho que aqui as três juntas, podemos pensar em alguma coisa. Se não gosta desta comida podemos pedir outro tipo de dieta. A Sr.<sup>a</sup> D. E. tem pedida uma dieta diabética, podemos pedir uma dieta enriquecida e assim mesmo que não goste do segundo prato a sopa já traz carne ou peixe e já não fica assim tão mal. Acha bem?</p> <p>A Sr.<sup>a</sup> D. E. olhou para a filha e esta disse-lhe que também não custava tentar. Ao que a Enf.<sup>a</sup> respondeu:</p> <p>- Fazemos assim, então, hoje vou pedir a tal dieta enriquecida e amanhã ao almoço já será servido. Mas mesmo assim vou telefonar</p>	<p>frescos (Subtil, 2011).</p> <p>Por outro lado sentimentos de solidão e o isolamento levam a pessoa a desinteressar-se pela confeção dos alimentos e por comer com repercussões na manutenção de um bom estado nutricional (Loureiro, 2008).</p> <p>A Enf.<sup>a</sup> mostrou interesse em saber o porquê da falta de apetite da doente. Tentou <b>conhecer a pessoa ao nível da sua alimentação</b>. De uma forma primária a Enf.<sup>a</sup> demonstrou interesse em conhecer a Pessoa – <u>Revelar-se</u> - Numa relação de parceria o Enf.<sup>o</sup> “Enquanto prestador de cuidados à pessoa como um Ser único, têm que a entender como um Ser com autonomia e em constante desenvolvimento e em constante interação com o seu contexto” (Gomes).</p> <p>Considero que teria sido importante conhecer um pouco melhor a doente, perceber se estava num processo de depressão/tristeza, como eram os seus gostos alimentares, quem a acompanhava durante as refeições, no entanto, houve <b>preocupação pela doente</b> (demonstrou atitude centrada na pessoa) – <u>Envolver-se</u> -e houve <b>procura de soluções/estratégias</b>. – <u>Capacitar e Possibilitar</u> -</p> <p>A Enf.<sup>a</sup> não e limitou a “prescrever” as soluções mas tentou <b>obter o consentimento</b> da doente e da filha e deste modo torná-las responsáveis pela sua recuperação, torná-las parceiras de cuidados. – <u>Assumir ou Assegurar o controlo do cuidado de Si ou cuidado do Outro</u> - Segundo Gomes para a construção de uma relação de parceria o enfermeiro deve desenvolver competências relacionais “Os enfermeiros que querem transformar os doentes parceiros é a sua preocupação em incluir a informação no seu quotidiano, para que estes possam participar ativamente nos processos de tomada de decisão (...) e poderem fazer opções conscientes relativamente aos seus projetos de cuidados, de saúde e de vida”(2009:90)</p>	<p><b>pessoa</b></p> <p>“Perante isto a Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao pé das duas e decidiu abordar o assunto com a Sr.<sup>a</sup> D. E.”</p> <p><b>Promove um ambiente seguro</b></p> <p>“Fazemos assim, então, hoje vou pedir a tal dieta enriquecida e amanhã ao almoço já será servido. Mas mesmo assim vou telefonar para a dietista A. para ela falar consigo até pode ser que ela tenha outra solução. Está bem?”</p> <p>Capacitar e Possibilitar</p> <p><b>Promove uma ação conjunta</b></p> <p>- Acho que aqui as três juntas, podemos pensar em alguma coisa. Se não gosta desta comida podemos pedir outro tipo de dieta. A Sr.<sup>a</sup> D. E. tem pedida uma dieta diabética, podemos pedir uma dieta enriquecida e assim mesmo que não goste do segundo prato a sopa já traz carne ou peixe e já não fica assim tão mal. Acha bem?</p> <p><b>Previne e antecipa complicações</b></p> <p>“- Compreendo que possa ser difícil. Mas sem combustível não dá. É como os carros temos que pôr lá qualquer coisita. Como é que acha que pode ser?” (Pelo que entendi a Enf.<sup>a</sup> queria referir-se à necessidade/importância da doente se alimentar para a manutenção do seu estado de saúde); “Mas mesmo assim vou telefonar para a dietista A. para ela falar consigo até pode ser que ela tenha outra solução. Está bem?”</p> <p>Comprometer-se</p> <p><b>Promove autonomia</b></p> <p>Se não gosta desta comida podemos pedir outro tipo de dieta. A Sr.<sup>a</sup> D. E. tem pedida uma dieta diabética, podemos pedir uma dieta enriquecida e assim mesmo que não goste do segundo prato a sopa já traz carne ou peixe e já não fica assim tão mal. Acha bem?</p> <p>Assumir ou Assegurar o controlo do Cuidado de Si ou o cuidado do Outro</p> <p><b>Partilha de poder</b></p> <p>“- Acho que aqui as três juntas, podemos pensar em alguma coisa”;</p>
---	--	--

<p>para a dietista A. para ela falar consigo até pode ser que ela tenha outra solução. Está bem?</p> <p>A Sr.<sup>a</sup> D. E. não disse nada e a Enf.<sup>a</sup> afastou-se da enfermaria.</p>		
---	--	--

## Apêndice VII – Análise de conteúdo das notas de campo de observação das práticas

A opção metodológica para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo. Trata-se de uma metodologia para o estudo dos conteúdos de discursos ou textos, Quivy (1998, p.226) refere que esta “*incide sobre mensagens tão variadas como obras literárias, artigos de jornais, documentos oficiais, programas audiovisuais, declarações políticas, actas de reuniões ou relatórios de entrevistas pouco directivas*”.

O corpo do conhecimento é construído através de uma escolha metódica dos termos utilizados, a sua frequência, a construção do discurso e desenvolvimento do locutor (Quivy, 1998).

As linhas orientadoras que serviram de base para esta análise foram as de Bardin (2009).

Esta análise refere-se às observações dos cuidados de enfermagem da equipa do serviço de cardiologia. Para a seleção dos enfermeiros defini como critério observar um conjunto de experiências profissionais diferentes, desta forma foram selecionados dois iniciados e dois peritos segundo o modelo de desenvolvimento de competências de *Benner* (2001).

As interações decorreram durante a prestação de cuidados o observador fez pequenos apontamentos durante a interação não sendo contudo expressivo com o intuito de não inibir os intervenientes. Logo quando possível as interações foram transcritas.

Quadro 1 – Fase do Revelar-se do Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Revelar-se	Desenvolve conhecimento da Pessoa Idosa	<p><i>“A Sr.<sup>a</sup> D.B. abanou a cabeça e disse que não comia carne. A Enf.<sup>a</sup> perguntou se estava relacionado com as suas crenças religiosas, ao que a doente confirmou.</i></p> <p><i>-Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta?” (R1)</i></p> <p><i>“(…) Informou que o segundo prato era peixe com puré de batata e perguntou: - Gosta?” (R2)</i></p> <p><i>“Então e em casa? Conseguia comer?” (...) Então, em casa ultimamente comia sempre um bocadinho de peixe era? E carne, também?”</i></p> <p><i>Quando a sua esposa vier, falamos todos. (Demonstra que o Enf.<sup>o</sup> sabia que o Sr. A. era casado) (R3)</i></p> <p><i>“Então D. E. diga-me lá porque é que não come?” (R4)</i></p>

Quadro 2 – Fase do Envolver-se do Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
ENVOLVER-SE	Demonstra atitude centrada na pessoa	<p>“Então e peixe a Sr.<sup>a</sup> come? E gosta? Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?” (R1)</p> <p>“ Sabe Sr. M., fiquei muito contente pelo esforço que o Sr. Fez para se alimentar, pois como sabe se não comer não fica melhor.” (R2)</p> <p>“O Enf.<sup>o</sup> apesar de não ter estado presente durante a refeição entrou na enfermaria e confirmou o que o doente tinha ingerido. Perguntando-lhe se não lhe tinha sabido bem a refeição.” (R3)</p> <p>“Perante isto a Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao pé das duas e decidiu abordar o assunto com a Sr.<sup>a</sup> D. E.” (R4)</p>
	Promove um ambiente seguro	<p>“Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer” (R1)</p> <p>“ A Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao seu lado e começou a dar-lhe a sopa à boca” (R2)</p> <p>“Fazemos assim, então, hoje vou pedir a tal dieta enriquecida e amanhã ao almoço já será servido. Mas mesmo assim vou telefonar para a dietista A. para ela falar consigo até pode ser que ela tenha outra solução. Está bem?” (R4)</p>

	<p><b>Partilha Informação</b></p>	<p><i>“Para além disso comer apenas a sopa e a fruta não me parece suficiente. Sabe, devemos sempre comer um bocadinho de carne ou peixe. (...) dá energia ao seu coração que recupera mais facilmente” (R1)</i></p> <p>Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições. Sabe, deve sempre que comer um pouco de carne ou peixe.” (R3)</p> <p><i>“- Compreendo que possa ser difícil. Mas sem combustível não dá. É como os carros temos que pôr lá qualquer coisita. Como é que acha que pode ser?” (Pelo que entendi a Enf.<sup>a</sup> queria referir-se à necessidade/importância da doente se alimentar para a manutenção do seu estado de saúde) (R4);</i></p>
--	-----------------------------------	---

**Quadro 3 – Fase do Capacitar e Possibilitar do Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
POSSIBILITAR/ CAPACITAR	Promove uma ação conjunta	<p>“Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?” (R1)</p> <p>“Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar?” (R2)</p> <p>“Podia dizer à sua esposa para passar um pouco de carne na sopa. Assim já consegue comer e nem custa tanto a mastigar (...)” (R3)</p> <p>“- Acho que aqui as três juntas, podemos pensar em alguma coisa. Se não gosta desta comida podemos pedir outro tipo de dieta. A Sr.<sup>a</sup> D. E. tem pedida uma dieta diabética, podemos pedir uma dieta enriquecida e assim mesmo que não goste do segundo prato a sopa já traz carne ou peixe e já não fica assim tão mal. Acha bem?” (R4)</p>
	Previne e antecipa complicações	<p>“Para além disso comer apenas a sopa e a fruta não me parece suficiente. Sabe, devemos sempre comer um bocadinho de carne ou peixe. (...) dá energia ao seu coração que recupera mais facilmente” (R1)</p> <p>“A Enf.<sup>a</sup> sentou-se ao seu lado e começou a dar-lhe a sopa à boca”; Durante a passagem de ocorrências foi passada a informação, isto é, que o doente necessitava de ajuda para se alimentar” (R2)</p> <p>“Então, em casa ultimamente comia sempre um bocadinho de peixe era? E carne, também? (...) Tem de se alimentar Sr. A. se não como quer ficar bom? Deve fazer pequenas refeições.</p>



		<p>Sabe, deve sempre que comer um pouco de carne ou peixe.” (R3)</p> <p>“- Compreendo que possa ser difícil. Mas sem combustível não dá. É como os carros temos que pôr lá qualquer coisa. Como é que acha que pode ser?” (Pelo que entendi a Enf.<sup>a</sup> queria referir-se à necessidade/importância da doente se alimentar para a manutenção do seu estado de saúde); “Mas mesmo assim vou telefonar para a dietista A. para ela falar consigo até pode ser que ela tenha outra solução. Está bem?” (R4)</p>
--	--	---

Quadro 4 – Fase do Comprometer-se do Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Comprometer-se	Promove autonomia	<p>“Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer.”</p> <p>“a Enf.<sup>a</sup> disse que iria então contactar a dietista para elaborarem em conjunto um plano alimentar..” (R1)</p> <p>“- Não sei se vou gostar disso.</p> <p>- Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos”(R3)</p> <p>“ Se não gosta desta comida podemos pedir outro tipo de dieta. A Sr.<sup>a</sup> D. E. tem pedida uma dieta diabética, podemos pedir uma dieta enriquecida e assim mesmo que não goste do segundo prato a sopa já traz carne ou peixe e já não fica assim tão mal. Acha bem?” (R4</p>

**Quadro 5 – Fase do Assegurar ou Assumir o Controlo do Cuidado de Si do Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<b>ASSUMIR</b>  <b>ASSEGURAR O</b> <b>CONTROLO DO CUIDADO</b> <b>DE SI ou o Cuidado do</b> <b>Outro</b>	<b>Partilha de poder</b>	<p>“Sugiro falar com a dietista para que ela oriente as suas refeições de acordo com aquilo que pode comer. O que acha disso?” <b>(R1)</b></p> <p>“Olhe, então, temos aqui peixe assado no forno. Que lhe parece? Apetece-lhe provar?” <b>(R2)</b></p> <p>“- Não sei se vou gostar disso.</p> <p>- Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos <b>(R3)</b></p> <p>“- Acho que aqui as três juntas, podemos pensar em alguma coisa” <b>(R4)</b></p>
	<b>Permite continuar o seu projeto de vida</b>	<p>“Esta conversa foi transmitida oralmente na passagem de ocorrências. No dia seguinte a doente teve a visita da dietista tendo sido elaborado um plano alimentar do agrado da doente” <b>(R1)</b></p> <p>“Então fique a pensar. Quando a sua esposa vier, falamos todos.</p> <p>- Está bem, então.</p> <p>Durante a visita o Enf.º apresentou esta estratégia à esposa do Sr. A.” <b>(R3)</b></p>

## Apêndice VIII – Plano da 2ª sessão de formação e respetiva apresentação

## PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

**TEMA:** Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC.

**FINALIDADE:** Pretende-se com a sessão de formação demonstrar a pertinência da realização da avaliação do estado nutricional e sensibilizar a equipa para um adequado registo das intervenções realizadas.

**POPULAÇÃO ALVO:** A sessão é destinada a todos os enfermeiros do Serviço de Cardiologia e HDIC

**LOCAL DE INTERVENÇÃO:** Serviço de Cardiologia

**DATA:** 16 de Dezembro de 2011

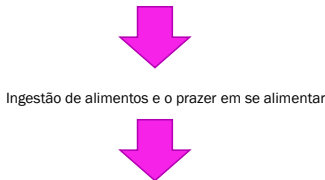

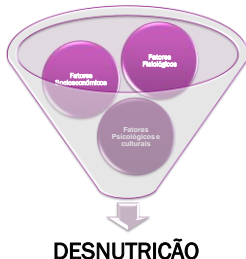
**DURAÇÃO:** 30 min.

**FORMADORES:** Sara Santos.

**OBJECTIVOS:** (1) Apresentar a análise de conteúdo das notas de campo, (2) Apresentar os dados referentes à aplicação do *MNA®* aos doentes hospitalizados no serviço bem como a minha experiência das intervenções realizadas e dos resultados obtidos, (3) Demonstrar a pertinência da realização da avaliação do estado nutricional, (4) Sensibilizar a equipa para um adequado registo das intervenções realizadas permitindo a continuidade dos cuidados.

<u>Objetivos</u>	<u>Conteúdos</u>	<u>Metodologia</u>	<u>Recursos</u>
Apresentar a análise de conteúdo das notas de campo	Apresentação das principais conclusões resultantes das notas de campo efetuadas.	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Apresentar os dados referentes à aplicação do <i>MNA®</i> aos doentes hospitalizados no serviço bem como a minha experiência das intervenções realizadas e dos resultados obtidos	Apresentar os dados do instrumento de avaliação (MNA) aplicado.	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Demonstrar a pertinência da			

realização da avaliação do estado nutricional	Contextualizar a problemática.	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador
Sensibilizar a equipa para um adequado registo das intervenções realizadas permitindo a continuidade dos cuidados	Demonstrar a importância dos registos de enfermagem para garantir a continuidade dos cuidados.	Método expositivo Discussão de grupo	Data show Computador

<p>2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Pessoa Idosa</p> <h2 style="text-align: center;">AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA IDOSA COM IC HOSPITALIZADA</h2> <p style="text-align: center;">Parceria como intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de SI</p> <p style="text-align: right;">Sara Santos Lisboa, 2011</p>	<h3>Objetivos</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demonstrar a pertinência da realização da avaliação do estado nutricional</li> <li>■ Apresentar a análise de conteúdo das notas de campo</li> <li>■ Apresentar os dados referentes à aplicação do MNA® aos doentes hospitalizados no serviço bem como a minha experiência das intervenções realizadas e dos resultados obtidos</li> <li>■ Sensibilizar a equipa para um adequado registo das intervenções realizadas permitindo a continuidade dos cuidados</li> </ul>
<h3>ESTADO NUTRICIONAL</h3> <p>Processo de envelhecimento podem ocorrer mudanças fisiológicas, psicológicas e socioeconómicas.</p>  <p>Ingestão de alimentos e o prazer em se alimentar</p> <p>Conhecendo estas alterações podemos definir em parceria com a pessoa idosa estratégias para reduzir os estados de desnutrição.</p>	
<h3>ESTADO NUTRICIONAL</h3> <p>A nutrição desempenha um papel preponderante na prevenção da doença, promoção da saúde, tratamento de problemas crónicos e de lesões agudas. A sua avaliação é fundamental para uma abordagem eficaz à pessoa idosa.</p> <p>Cabe, habitualmente, ao enfermeiro a primeira avaliação do estado nutricional da pessoa idosa apesar de a abordagem incidir numa equipa multidisciplinar.</p>	 <p style="text-align: center;"><b>DESNUTRIÇÃO</b></p>
<h3>FATORES FISIOLÓGICOS</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alteração do paladar</li> <li><input type="checkbox"/> Diminuição do olfato</li> <li><input type="checkbox"/> Diminuição de produção de saliva</li> <li><input type="checkbox"/> Redução da força de mastigação</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas bucodentários (falta de peças dentárias; próteses dentárias mal adaptadas)</li> <li><input type="checkbox"/> Alterações motoras</li> <li><input type="checkbox"/> Diminuição da motilidade intestinal</li> <li><input type="checkbox"/> Alteração da função neurológica e cognitiva</li> </ul>	<h3>FATORES SÓCIOECONÓMICOS</h3> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dificuldades económicas</li> <li>■ Ambiente familiar</li> <li>■ Isolamento (Alimentação comportamento social)</li> <li>■ Solidão</li> <li>■ Dimensão espiritual (relacionada com crenças e tradições)</li> </ul>

## FATORES PSICOLÓGICOS E CULTURAIS

- Estado afectivo
- Alteração de papeis
- Perda de autonomia
- Depressão

## HOSPITALIZAÇÃO

- Idoso é particularmente vulnerável a episódios de hospitalização
- Várias complicações decorrentes da hospitalização
  - Desnutrição
  - Infecções
  - Quedas
  - Úlceras de Pressão
  - (...)

## HOSPITALIZAÇÃO

- Estudos revelam
  - 37% idosos em risco de desnutrição
  - 22,2% de desnutrição, na admissão hospitalar (LOUREIRO, 2004)
  - 25% de desnutrição ou em risco em idosos hospitalizados (LOUREIRO, M. (2008))

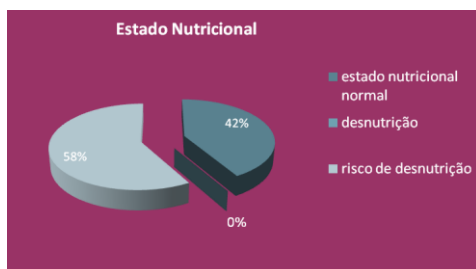
## Principais conclusões

- Bergert et al (2009) recomendam que não devem haver regras rígidas ou proibições, devendo-se manter a satisfação de comer e beber, pode-se afirmar que as estratégias devem ser personalizadas no que diz respeito à escolha dos menus e à quantidade fornecida, desta forma as necessidades nutricionais serão mais facilmente satisfeitas (Lassen, Kruse e Bjerrum, 2005).
- Os doentes querem ser incluídos no processo de otimizar o seu estado nutricional observando-se que mostram capacidade de cuidar de Si e de tomar decisões relativas à sua alimentação (Lassen, Kruse e Bjerrum, 2005).
- Outro aspecto que se revela importante é o ensino ao doente e família, no estudo de Lassen; Grinderslev e Nyholm (2008) os conhecimentos transmitidos ao doente em relação à nutrição foram motivadores para que o doente mantivesse como foco de atenção a nutrição e a sua recuperação no processo Saúde-Doença.

## MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- Alimentos ingeridos
- Medidas antropométricas
- Avaliação bioquímica
- Mini Nutritional Assessment (MNA)

Foram realizados 12 MNA aos doentes com Insuficiência Cardíaca hospitalizados

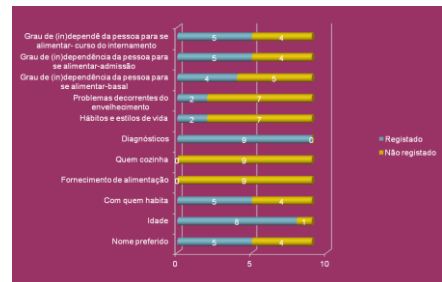


- Vem de encontro ao encontrado na literatura que revela uma relação entre a Insuficiência Cardíaca e a inadequada ingestão de calorias e proteínas.
- Correção de algumas carências em micronutrientes pode melhorar a função cardíaca

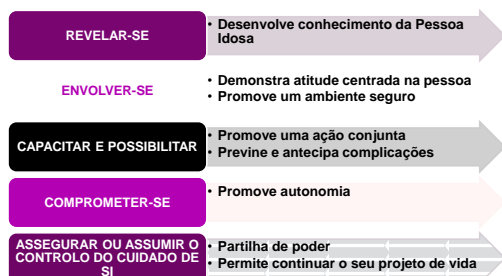
## SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

- Realizado um levantamento de dados dos registos de enfermagem acerca do que a equipa já regista relativamente ao estado nutricional da pessoa idosa.
- Realizado um levantamento das intervenções que os enfermeiros desenvolvem para otimizar o estado nutricional da pessoa idosa

## Dados relativos à análise dos registos de enfermagem Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)



## Dados relativos à análise das notas de campo Modelo de Intervenção em Parceria (Gomes, 2009)



## SERVIÇO DE CARDIOLOGIA

- Realizada uma colheita de dados no momento de admissão do doente.
- Dados como
  - Nome, idade, diagnóstico, medicação habitual, pessoa de referência (cuidador), com quem habita, grau de (in)dependência para se alimentar.

FREQUENTEMENTE REGISTADOS

- As políticas de saúde atuais enfatizam **promover a autonomia** do doente idoso e um **cuidado mais centrado na pessoa** e não na doença.
- Para definirmos estratégias eficazes e adequadas às necessidades do idoso necessitamos de identificar as suas potencialidades e fragilidades.
- Para o sucesso das intervenções de enfermagem o enfermeiro deve Conhecer a pessoa a quem presta cuidados e o seu potencial.

- Neste sentido uma boa colheita de dados permite identificar algumas fragilidades da pessoa idosa e família.
- Definir precocemente estratégias com o objectivo de reduzir essas fragilidades.

## Particularizando para o Estado Nutricional ...

### Conhecer a Pessoa


- relativamente aos seus **gostos alimentares** (alimentos que gosta, que não gosta ou que não pode comer), **horários e rituais das refeições** (como crenças religiosas), **problemas decorrentes do envelhecimento** (como falta de peças dentárias, uso de próteses dentárias), hábitos e estilos de vida

## Particularizando para o Estado Nutricional ...

### Conhecer o Contexto familiar

- relativamente a **quem providencia a compra dos alimentos**, quem cozinha, condições económicas, necessidade de apoio quer a nível económico, quer necessidade de apoio de fornecimento de refeições ou mesmo frequência de um centro de dia.






## Particularizando para o Estado Nutricional ...

### ■ Assegurar Continuidade dos Cuidados

- através do registo da quantidade de alimentos ingeridos, alteração do tipo de dieta, ensino realizado, contato e justificação com outros profissionais da equipa multidisciplinar (por exemplo: psicóloga) ...



Obrigada pela vossa atenção  
Agradeço a vossa colaboração

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO

**TEMA:** “Avaliação do estado nutricional da pessoa idosa com IC hospitalizada: Parceria como intervenção de enfermagem para promoção do cuidado de Si”.

**DATA:** 16/12/2011

**FORMADOR:** Sara Santos

**OBJETIVO:** Apresentar os resultados das notas de campo da observação das práticas; demonstrar a pertinências da avaliação do estado nutricional da pessoa idosa; apresentar os dados referentes à aplicação do *MNA*® aos doentes hospitalizados no serviço.

Como classifica a ação de formação que assistiu:

Quanto às expectativas: Não correspondeu

Correspondeu parcialmente

Correspondeu

Superou

Quanto ao grau de adequação em relação à realidade profissional:

Nula

Pequena

Média

Grande

Sugestões e críticas: \_\_\_\_\_

Apêndice IX – Documento orientador para a sistematização da informação acerca do estado nutricional da pessoa idosa

## AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA IDOSA COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA HOSPITALIZADA

No contexto do Projeto de estágio delineado para o serviço de cardiologia apresento-vos algumas considerações importantes para a sistematização da informação.

⇒ A **População Alvo** deste projeto situa-se na pessoa idosa (com mais de 65 anos) com o diagnóstico de Insuficiência Cardíaca.

⇒ Para conhecer a pessoa e desenvolver estratégias para melhorar o estado nutricional é essencial o preenchimento **da folha de colheita de dados** contemplando alguns itens:

- ✓ Crenças religiosas
- ✓ Com quem habita/Pessoa de referência
- ✓ Fornecimento de alimentos/ quem cozinha
- ✓ Referência a dificuldades económicas
- ✓ Hábitos e estilos de vida (Uso de álcool, tabaco, actividade física)
- ✓ Depressão/Tristeza/Perda de pessoas significativas recentemente/ Internamentos recentes
- ✓ Apoio domiciliário/Apoio para fornecimento de alimentos/Frequência de centro de dia
- ✓ Problemas existentes (Uso de prótese dentária/alterações da mucosa oral/problemas de mastigação)
- ✓ Problemas motores (Consegue andar/uso de auxiliares de marcha/Uso e manutenção de utensílios/consegue preparar ou aquecer as refeições)
- ✓ Grau de (In)dependência para se alimentar (come sozinho/necessita de ajuda para cortar os alimentos/não consegue alimentar-se sozinho)
- ✓ Hábitos alimentares (Alimentos que gosta e que não gosta/ingestão hídrica/ingestão de proteínas/intolerância a alimentos)

⇒ Para uma adequada continuidade de cuidados os **registos diários** devem incluir:

- ✓ Grau de (In)dependência para se alimentar (come sozinho/necessita de ajuda para cortar os alimentos/não consegue alimentar-se sozinho)
  - ✓ Quantidade de alimentos ingeridos (Ingestão de proteína/ingestão hídrica)
  - ✓ Alteração do tipo de dieta (se houve negociação com o doente ou não)
  - ✓ Contacto com outros profissionais/ Justificação desse contacto (Por exemplo dietista/psicóloga ...)
  - ✓ Inclusão da família nos cuidados (fornecimento de alimentos pela família durante o internamento)
  - ✓ Ensino realizado (tipo de ensino e a quem)
  - ✓ Avaliação do estado nutricional (aplicado *MNA* e o score encontrado)
- ⇒ Na avaliação do estado nutricional deve ser aplicado o *Mini Nutritional Assessment (MNA)*.
- ⇒ Este instrumento encontra-se disponível no dossier das folhas de registos diários.

**Obrigada pela colaboração**

## Apêndice X – Estudo de caso

## Estudo de caso

### A PARCERIA COMO MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

## INTRODUÇÃO

No decorrer do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica área de especialização pessoa idosa considerei pertinente a elaboração de um estudo de caso de forma a refletir de uma forma sistematizada visando o desenvolvimento de competências a que me propus. Segundo Benner<sup>1</sup> (2001, p. 50) as enfermeiras *aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de apreender uma situação*. Trata-se de uma metodologia para compreender a dinâmica de um fenómeno (Ventura<sup>2</sup>, 2007). Fortin<sup>3</sup> (1999, p. 164) refere que o estudo de caso é entendido como uma *investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família de um grupo ou de uma organização*.

A seleção do doente a considerar para o estudo teve em conta o fato de constituir uma situação complexa de cuidados podendo constituir uma oportunidade de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista. Este estudo teve como finalidade a avaliação global de uma pessoa idosa portadora de doença crónica tendo como principal objetivo a sua autonomia e independência aplicando o modelo de intervenção em parceria com a pessoa idosa desenvolvido por Gomes<sup>4</sup> (2009) que perspetiva o indivíduo como responsável pelo seu projeto de vida.

Para a realização deste trabalho terei como referencial Teoria de Transição de Meleis. Para esta autora a enfermagem constitui um processo facilitador das transições que ocorrem ao longo da vida. A dependência associada ao processo Saúde - Doença e as consequências decorrentes disso como a institucionalização constituem um

---

<sup>1</sup> 1-Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Edições Quarteto

<sup>2</sup> 2- Ventura, M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Ver SOCERJ. 20(5). pp. 383-386

<sup>3</sup> Fortin, M. (1999). O Processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência

<sup>4</sup> Gomes, I. (2009). *Cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento

evento de transição. O foco de atenção do enfermeiro centra-se na pessoa, que está em constante interação com o ambiente, e que pode experienciar desequilíbrios, necessidades não satisfeitas ou incapacidade de cuidar de si. A atuação do enfermeiro deve ser no sentido de um trabalho em parceria com o intuito de incorporar novos conceitos e conhecimentos promovendo mudanças de comportamentos dos indivíduos.

Este estudo de caso terá início pela descrição sucinta do caso considerando as cinco fases do modelo de intervenção em parceria contemplando também o plano de cuidados. Finalizo com uma reflexão na qual avalio o percurso deste trabalho. Utilizarei uma metodologia descritiva e reflexiva.

## **BREVE DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO**

### **Revelar-se**

#### **Conhecimento da pessoa idosa**

No nosso primeiro encontro, encontrei o Sr. J.C. recostado na cama na companhia da sua esposa. Trata-se de um doente de 78 anos, sexo masculino que gosta de ser tratado por Sr. C. casado, reformado e católico. O motivo do internamento foi a descompensação da Insuficiência Cardíaca.

O Sr. C. faz o acompanhamento da sua doença crónica no HDIC do hospital. Recorreu ao HDIC por anorexia, tosse irritativa, cefaleias, diminuição do débito urinário (incontinência urinária) e prurido generalizado, tendo ficado, na altura, hospitalizado.

#### **Conhecimento da história de doença da pessoa idosa**

O Sr. C. refere como Antecedentes Pessoais HTA, ICC isquémica e hipertensiva, arritmia com fibrilhação auricular permanente, sem alergias conhecidas e sem antecedentes cirúrgicos.

Medicação habitual no domicílio:

Lasix 40	Pequeno-almoço e jantar
Carvedilol 6,25	Pequeno-almoço e deitar
Perindopril 5	Deitar
Nitrodur 5	Colocar à noite
Lanoxin MD	2ª, 4ª e 6ª
Enfirox 25	De manhã



Bialzepan 6	Em SOS
Bem-U-ron 1 gr	Em SOS
Pulmicort nasal	

Na admissão no serviço encontrava-se vigil, orientado no tempo espaço e pessoa. Utiliza linguagem apropriada ao contexto, discurso fluente. Apresenta fácies expressivo embora triste, encontra-se pouco comunicativo referindo pontualmente *“isto é uma tristeza, aqui estou eu cada vez pior”*.

Apresenta bom estado geral, idade real de acordo com a idade cronológica. Pele e mucosas descoradas mas hidratadas, pele íntegra. Aplicada a Escala de *Braden*, do risco de desenvolvimento de Úlceras de Pressão, apresenta um Score 21: baixo risco.

Tem cabelo fino e branco. Apresenta olhos centrados, simétricos, acuidade auditiva mantida. Não usa prótese dentária, quando pergunto afirma não ter alterações da mucosa oral nem dificuldade na mastigação e/ou deglutição, no entanto a esposa refere que ultimamente em casa não quer comer diz que não tem apetite.

Tórax simétrico sem alterações visíveis. Sons cardíacos audíveis. Apresenta movimentos respiratórios superficiais toraco-abdominais FR-31 ciclos/min, com cansaço a pequenos esforços necessitando de oxigenioterapia, sem tosse nem expetoração. Apresenta abdómen volumoso mole à palpação, não se palpa massas.

Relativamente às extremidades apresenta membros superiores com tónus muscular mantido, movimentos coordenados e sem edemas. Nos membros inferiores apresenta edemas acentuados até à coxa. No nosso primeiro encontro estava na cama devido à dificuldade respiratória. Em casa diz que caminha com ajuda das canadianas e que sai praticamente todos os dias, já não faz os seus passeios longos, mas gosta de ir à rua e conversar com alguns amigos.

Apresenta higiene pessoal cuidada, necessita de ajuda parcial para os cuidados de higiene nomeadamente para se deslocar até ao WC, em casa é independente. É independente na atividade vestir e despir.

Relativamente à alimentação é independente, come sozinho as refeições confeccionadas no hospital, embora refira perda de apetite recusando grande parte da refeição.

Para definir estratégias eficazes e adequadas às necessidades da pessoa idosa é necessário identificar as suas potencialidades e fragilidades. Neste sentido, a

avaliação global do idoso permite identificar a capacidade funcional e cognitiva da pessoa.

Considere, então, pertinente elaborar uma avaliação mais completa do Sr. C. com a aplicação de alguns instrumentos de avaliação onde, mais que o valor numérico encontrado, foi importante a identificação dos problemas apresentados e as dificuldades percebidas pelo Sr. C.

Para determinar o comprometimento nas atividades básicas de vida diária (ABVD) apliquei o Índice de *Barthel*. As ABVD são entendidas como o conjunto de atividades que permitem a pessoa viver sem ajuda e relacionam-se com a mobilidade e autocuidado. Determinei que o Sr. C. se encontra ligeiramente dependente com score 85, necessitando de ajuda em deslocar-se para o WC e sentar-se no cadeirão na altura da aplicação do instrumento de avaliação o Sr. C. ainda se encontrava numa fase de agudização da doença. No decorrer do internamento foi ficando cada vez mais autónomo.

Relativamente às atividades que permitem a pessoa adaptar-se ao meio mantendo-se independente na comunidade são designadas atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Apliquei a Escala de *Lawton e Brody* para a sua avaliação. Verifiquei que apesar de ser independente nalgumas AIVD, apresenta um Score mais baixo 25 por não ser capaz de efetuar tarefas domésticas como cuidar da casa, lavar e tratar da roupa, preparar refeições. No domicílio, é a esposa que providencia as compras e cozinha.

Outro aspeto bastante relevante é a avaliação da capacidade cognitiva. Para tal apliquei o *Mini Mental State*, trata-se de um instrumento que *permite avaliar a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva* (Sequeira<sup>5</sup>, 2010, p.121) pude constatar que o Sr. C. não apresenta defice cognitivo Score de 26 num total de 30.

Dada a sua dificuldade na marcha e o uso de auxiliares de marcha, apliquei a escala de avaliação do risco de queda de *Morse* apresenta alto risco de queda tanto no domicílio como no internamento.

As avaliações que efetuei decorreram na primeira semana e constituíram pequenas conquistas uma vez que apesar do interesse em avançar com o meu estudo não pude deixar de ter em atenção a globalidade da pessoa idosa e as suas reais

---

<sup>5</sup> Sequeira, C. (2010). Cuidar de idosos com dependência física e mental. Lisboa

necessidades. Dado que no início do internamento o Sr. C. se encontrava com dificuldade respiratória necessitando de oxigenioterapia as nossas conversas eram breves, dando tempo para o Sr. C. recuperar.

### **Conhecimento do contexto de vida e família da pessoa idosa**

Vive com a sua esposa numa moradia em Lisboa, esta é a principal cuidadora sendo quem realiza a lida da casa, providencia as compras e confecciona os alimentos. Em conjunto têm um filho e um neto. Nunca presenciei a visita do filho mas o SR.C. disse que ele nem sempre pode vir visitá-lo devido ao seu trabalho, embora tenha referido que o fez durante o fim-de-semana.

Não me pareceu que revelasse isolamento social, refere que se encontra esporadicamente com os seus amigos no jardim perto de sua casa e que o filho e o neto o visitam frequentemente.

O Sr. C. caminha com ajuda de canadianas arrastando ligeiramente os pés. Durante os seus tempos livres o Sr. C. gostava de passear pela baixa Lisboa e cantar fado, no entanto, com o desenvolvimento da doença isso tem-lhe sido negado referindo mesmo: *“as pernas já não me acompanham e esta falta de ar não me deixa ir longe”*. Percebo que o agravamento da doença tem tido impacto no seu quotidiano e com alguma tristeza recorda o seu passado: *“Ainda me lembro de quando passava noites inteiras a cantar, agora (...)”*.

Destaco que o primeiro encontro com o Sr. C. aconteceu no segundo dia do seu internamento tendo ficado responsável pela prestação de cuidados ao longo do seu internamento sempre que fui ao serviço. Como já referi a relação com o Sr. C. foi acontecendo passo a passo e com grande investimento na fase do revelar-se do modelo de intervenção em parceria. Foi necessário, o estabelecimento de uma relação de confiança, com o desenvolvimento de comunicação interpessoal entre mim o Sr. C. e a esposa, de modo a conhecer as suas potencialidades e fragilidades, prosseguindo com o seu projeto de vida e saúde.

### **Envolver-se**

Na segunda fase do modelo de intervenção em parceria foi proporcionado tempo e espaço para a construção de empatia mútua, preocupação e disponibilidade para com a pessoa em suma uma atitude centrada no Sr. C.

Relativamente ao seu estilo de vida, não refere consumo de álcool, tabaco ou estupefacientes. Faz habitualmente 5/6 refeições por dia ingerindo pequenas quantidades de alimentos, diariamente. Consome carne ou peixe: *“Gosto de tudo Sr.<sup>a</sup> Enfermeira, aqui no Hospital é que algum peixe não me sabe tão bem”*. Segundo a esposa reduziram há muito o consumo de sal optando por temperar com especiarias e sal pobre em sódio.

Paralelamente fui trabalhando com a esposa para conhecer os seus hábitos alimentares. Pude constatar que consideram a alimentação fundamental para a manutenção da qualidade de vida do Sr. C. Sabem que têm que reduzir a quantidade ingerida de sal e de líquidos, e o que podem usar em sua substituição.

Expliquei, sumariamente, aos dois quais são os objetivos do meu estudo e perguntei se aceitavam participar. Para conquistar a participação do doente nos cuidados e torna-lo parceiro de cuidados tem que se estabelecer uma relação de confiança, tem que se dotar o doente e família de conhecimentos para que eles com competência possam tomar uma decisão. Desta forma tive a preocupação de os informar acerca do meu trabalho ali naquele serviço, onde *“Já são clientes de longa data”* e dos benefícios que a avaliação do estado nutricional podia trazer. Concorro com Gomes<sup>6</sup> (2007, p.93) quando afirma que *agir em parceria, por parte do enfermeiro, implica: incluir a informação no seu quotidiano, ter conhecimentos para poder explicar, propor soluções e proporcionar meios*, só desta forma o doente tem informação para gerir o seu processo de doença.

Apliquei, então, o MNA<sup>®</sup> apresentou um Score de 24, sem risco de desnutrição. Perguntei que resultados esperavam ao que responderam que achavam que não comiam mal, mas que provavelmente podiam melhorar alguma coisa. Informei-os, das conclusões destacando aquilo que já faziam bem de modo a aumentar a sua autoestima. Outro aspeto abordado foi a recusa alimentar durante o internamento, identificando-se as principais causas e garantindo o desenvolvimento de intervenções adequadas.

---

<sup>6</sup> Gomes, I.; Carvalho, R.; Dinis, R.; Mesquita, C. e Mestrinho, M. G. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau, 2007, Formação e Saúde Lda

Desta forma pude conhecer aquilo que a pessoa valoriza e motiva para prosseguir com o seu projeto de vida, conhecendo as suas necessidades e recursos que assegurem a capacidade do Cuidado de Si.

### **Possibilitar/Capacitar**

Na terceira fase do modelo de intervenção em parceria foi desenvolvida por um lado a capacitação para numa ação conjunta se adquirirem competências para decidir. Desta forma promoveram-se momentos de partilha de informação e esclarecimento de dúvidas.

Em conjunto identificamos alguns aspetos que poderiam ser melhorados, que passo a enumerar:

Ingerir pelo menos uma vez ao dia carne ou peixe.

Ingerir 1/2l de água por dia.

Enriquecer a sopa com proteína vegetal (por exemplo: grão, feijão, lentilhas) principalmente quando o Sr. C. tem menos apetite e não consegue comer carne ou peixe.

Beber ou mesmo comer antes de se deitar nem que seja em pequena quantidade por exemplo um chá, um leite ou um iogurte.

Por outro lado identificar junto do utente as fragilidades e potencialidades surge como ponto fulcral na prestação de cuidados à pessoa idosa, as representações sociais que os enfermeiros têm acerca doente idoso influenciam positiva ou negativamente a aceitação das dificuldades por parte do indivíduo e família, pelo que se torna fundamental que o enfermeiro ao prestar cuidados mantenha uma atitude isenta de preconceitos com intuito de compreender a perceção do idoso acerca das suas dificuldades ajudando-o a construir soluções. O modo como a pessoa idosa se adapta à sua doença crónica e consequente tratamento pode determinar diminuição da sua qualidade de vida com consequências no seu projeto de vida. O termo “qualidade de vida” refere-se à perceção que o indivíduo tem acerca da sua situação na vida, no contexto social e cultural é, portanto, um assunto subjetivo, com múltiplas dimensões e muito individual. Construir uma relação de parceria com a pessoa idosa implica uma valorização das suas potencialidades e daquilo que lhes dá prazer e vontade de viver para que possa manter a sua autoestima e controlo da sua própria vida.

Neste sentido, foram também abordadas outras áreas tais como a importância da manutenção das pequenas caminhadas, visto estas constituírem uma fonte de prazer para o Sr. C. no entanto foi feito um especial alerta para o calçado do Sr. C. de modo a diminuir o risco de queda.

## Comprometer-se

Nesta fase do modelo de intervenção em parceria desenvolvem-se esforços no sentido de serem atingidos os objetivos definidos em parceria. As intervenções desenvolvidas envolveram não só o Sr. C. bem como a sua esposa, eu e a equipa de enfermagem.

A avaliação multidimensional permitiu identificar algumas fragilidades do Sr. C. que exigiram o desenvolvimento de intervenções ilustradas no quadro seguinte:

PROBLEMA IDENTIFICADO	INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS
<b>Alto risco de queda relacionado com a diminuição da mobilidade</b>	<p>Fazer ensino ao Sr. C. acerca das vantagens do exercício físico</p> <p>Realizar ensino sobre os riscos ambientais</p> <p>Providenciar o uso de calçado apropriado</p> <p>Estimular o Sr. C. a realizar esse exercício físico</p> <p>Assegurar que utiliza corretamente a canadiana, no lado contrário à lesão.</p> <p>Estimular uma abordagem que promova a participação da pessoa idosa em todas as atividades conseguindo tempo e espaço para executar as tarefas.</p> <p>Fornecer reforços positivos pelo que vai conseguindo fazer.</p>
<b>Nutrição alterada relacionada com o cansaço e manifestada por perda de apetite (apesar do doente não apresentar alteração do seu estado nutricional quando aplicado o MNA)</b>	<p>Fracionar as refeições, fornecendo pequenas quantidades de alimentos e incentivar a comer lentamente.</p> <p>Pedir à esposa que traga alimentos que vão de encontro aos gostos e preferências do Sr. C.</p> <p>Incentivar a esposa a acompanhar o Sr. C. durante a sua refeição.</p> <p>Alterar a dieta fornecida pelo hospital (pedir uma dieta enriquecida)</p> <p>Promover e garantir uma adequada higiene oral (idealmente 3 vezes por dia);</p> <p>Reforçar o ensino sobre os hábitos alimentares (o</p>

	doente tem hábitos alimentares corretos, tendo em conta a sua patologia).
<b>Intolerância à atividade física relacionada com dificuldade respiratória</b>	<p>Fazer ensino ao Sr. C. acerca das vantagens do exercício físico</p> <p>Fazer ensino acerca das consequências da imobilidade.</p> <p>Estabelecer com o doente um plano de repouso e de atividades. O aumento gradual da atividade, evita a sobrecarga excessiva do miocárdio e o consumo de oxigénio.</p> <p>Dar tempo suficiente para doente realizar esta atividade.</p> <p>Estimular o Sr. C. a realizar esse exercício físico.</p> <p>Administração de oxigénio de acordo com as necessidades do doente (monitorizada a saturação periférica, valores entre &gt;90% &lt;93%) e valores gasimétricos.</p> <p>Pela necessidade permanente de oxigénio, é importante garantir a higiene oral pela secção das mucosas, bem como aplicação de soro fisiológico nas fossas nasais;</p> <p>Iniciar treino de marcha com a fisioterapeuta</p> <p>Registar em notas de enfermagem a evolução do Sr. C. em relação à tolerância à atividade.</p> <p>Garantir a administração de oxigénio tanto em repouso como durante todas as atividades.</p>
<b>Ansiedade relacionada com a hospitalização e agravamento do seu estado de saúde.</b>	<p>Proporcionar ambiente seguro para que o Sr. C. expresse os seus sentimentos. Praticar uma escuta ativa.</p> <p>Estimular para trazer objetos pessoais de casa, diminuindo a diferença de ambiente.</p> <p>Reconhecer a ansiedade do Sr. C. fornecendo reforços positivos.</p>
<b>Excesso do volume de líquidos, relacionado com débito cardíaco diminuído</b>	<p>Restringir a ingestão de H<sub>2</sub>O a 500cc/dia, uma vez que faz 500cc de Soro Fisiológico;</p> <p>Para uma melhor avaliação da H<sub>2</sub>O ingerida permitir que doente fique com uma garrafa das pequenas (Máx:500cc) ou um jarro de água com essa mesma quantidade, para um maior controlo durante as 24h (das 0h às 24h);</p>

<p><b>e circulação venosa deficiente manifestado por edemas acentuados</b></p>	<p>Ensino ao doente sobre a necessidade de urinar no urinol para a contabilização da urina e o porquê;</p> <p>Registrar todos os turnos o débito urinário do doente e proceder à contabilização das 24h (0h às 24h);</p> <p>Administração a horas certas da terapêutica diurética;</p> <p>Pesar o doente diariamente (a partir do momento em que inicie levantar);</p> <p>Alternar períodos em repouso no cadeirão (elevando, de acordo com a tolerância, os membros inferiores), com períodos no leito e períodos em pé</p> <p>Aplicação de creme hidratante nos membros inferiores, para evitar a alteração da integridade cutânea, 2 vezes por dia (após o banho e ao deitar).</p>
<p><b>Diminuição da autoestima, relacionada com uma maior dependência e alteração de papéis, manifestado por verbalizações do doente “já não posso fazer quase nada”</b></p>	<p>Dar espaço ao Sr. C. para expressar as suas preocupações, tentando promover um ambiente seguro e de confiança.</p> <p>Arranjar estratégias para permitir que se torne mais independente.</p> <p>Fornecer reforços positivos pelas suas pequenas conquistas.</p>

Ao longo do internamento fui percebendo que o Sr. C. já se sentia melhor e ganhava autonomia ao 4/5º dia de internamento ia ao WC e realizava a sua higiene pessoal de uma forma autónoma.

Fazia pequenos passeios pelo corredor da enfermaria com ajuda das suas canadianas. Alguns foram acompanhados por mim, momento que considerei privilegiado para conhecer um pouco melhor o Sr. C., para esclarecer algumas dúvidas relativas à sua postura à sua capacidade de poder continuar a sair para conversar com os seus amigos e também reforçar alguns ensinamentos.

Constatei que mantém uma postura ligeiramente curvada para a frente para se apoiar nas canadianas, fiz ensino para corrigir a postura.

Por outro lado, pude perceber, ao longo do internamento que comia com mais apetite às refeições, ao almoço o Sr. C. ingeria pequenas quantidades de carne mantendo-se ainda renitente quando era servido peixe.

## Assegurar o Cuidado de Si



Nesta última fase do modelo de intervenção em parceria considero que todas as intervenções e o ensino efetuado, no sentido de otimizar o estado nutricional adquirindo autonomia, permitiu que o Sr. C. continuasse com o seu projeto de vida com recuperação da sua doença.

Um dia cheguei ao serviço e percebi que o Sr. C. tinha tido alta, fiquei contente embora gostasse de ter participado nesse momento.

## **REFLEXÃO**

Considero que este estudo revelou-se um verdadeiro desafio, uma vez que houve necessidade de adquirir e mobilizar conhecimentos e competências no sentido de maior perícia na prestação de cuidados aos doentes com IC. Por outro lado, penso que evolui muito na relação de parceria, pois consegui conhecer bem a pessoa idosa a quem estava a prestar cuidados e desenvolver com ela e com a esposa uma boa relação. A minha grande preocupação foi estabelecer uma relação de confiança para desenvolver estratégias cujo principal objetivo seria manter a sua independência, para as atividades de vida diárias e instrumentais. Não obstante isso só faria sentido se essa também fosse a prioridade do casal.

Este aspeto foi mesmo uma dificuldade que senti pois eu tinha outros objetivos e até tinha pensado noutras estratégias, no entanto, não se revelaram importantes para aquela família, para os seus objetivos de vida, para o que lhes proporciona sensação de bem-estar e realização pessoal. Realço ainda para o desenvolvimento das minhas competências, o trabalho em conjunto com o outro valorizando os seus reais problemas e necessidades pondo de lado aquilo que valorizo como importante e problemático. É nestes aspetos que considero que devo centrar a minha energia.

Após esta reflexão considero que teria sido muito importante ter transmitido estas intervenções à equipa do serviço e do HDIC, visto que será esta equipa que vai acompanhar o Sr. C. e só assim se pode assegurar a continuidade de cuidados.

## Apêndice XI - Grelha de itens da avaliação final dos registos de enfermagem

## CONSULTADOS 9 PROCESSOS DE 30/JAN A 17/FEV

1ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE

INDICADOR: <u>IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA HOSPITALIZADA</u> <u>COM IC</u>	Registado	Não registado
Nome preferido	9	0
Idade	9	0
Estado Civil	5	4
Habilitações literárias	3	6
Profissão	2	7
Crenças religiosas	2	7
INDICADOR: <u>CONTEXTO DE VIDA (SITUAÇÃO SOCIOFAMILIAR):</u>	Registado	Não registado
Com quem habita	7	2
Condições habitacionais	0	9
Cuidador principal/Pessoa de referência (nome e contacto)	4	5
Situação económica (referencia a dificuldades)	4	5
Ocupação dos tempos/Projecto de vida	0	9
Fornecimento da alimentação (Quem providencia a compra dos alimentos)	1	8
Quem cozinha	1	8
INDICADOR: <u>CONTEXTO DA DOENÇA:</u>	Registado	Não registado
Diagnósticos	9	0
Depressão/Solidão	0	9
Antecedentes Pessoais/Cirúrgicos	9	0
Medicação habitual do domicílio	9	0
Hábitos e estilos de vida (nutricionais, alcoólicos, tabágicos, estupefacientes, atividade física)	2	7
Impacto da doença na sua vida	0	9
INDICADOR: <u>PROBLEMAS DECORRENTES DO ENVELHECIMENTO</u>	Registado	Não registado
Alterações da mucosa oral	7	2
Problemas de mastigação	7	2
Problemas de deglutição	0	
Uso de prótese dentária	2	7
Falta de peças dentárias	0	9
INDICADOR: <u>REDE DE APOIO (REFERENTE AO FORNECIMENTO DE ALIMENTOS):</u>	Registado	Não registado
Apoio domiciliário (enfermagem ou social)	3	6
Frequenta Centro de dia	4	5

	INDICADOR: <u>PROBLEMAS MOTORES</u>	Registado	Não registado
Sobe/desce escadas e/ou deslocar-se	Sai de casa Anda sozinho (com ou sem auxiliares de marcha) Anda sozinho de cadeira de rodas	total-9	

	Não consegue andar		
<b>Confeção dos alimentos</b>	Consegue cozinhar as refeições Consegue aquecer as refeições Não consegue preparar	<b>0</b>	<b>9</b>
	<b>INDICADOR: <u>GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA PARA A ALIMENTAÇÃO (BASAL)</u></b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>9</b>	<b>0</b>
	<b>INDICADOR: <u>CONHECE O GRAU DE (IN)DEPENDÊNCIA DA PESSOA IDOSA PARA ALIMENTAR-SE (ADMISSÃO):</u></b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>9</b>	<b>0</b>
	<b>Indicador: Conhece o grau de (in)dependência da pessoa idosa para alimentar-se (curso do internamento):</b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Alimentar-se</b>	Come sozinho Precisa de ajuda (cortar alimentos, ...) Não consegue alimentar-se sozinho	<b>9</b>	<b>0</b>
	<b>Indicador: Conhece os hábitos alimentares da pessoa idosa</b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Hábitos Alimentares</b>	Peso	<b>2</b>	<b>7</b>
	Horário das refeições	<b>3</b>	<b>6</b>
	Alimentos de que não gosta	<b>0</b>	<b>9</b>
	Alimentos preferidos	<b>0</b>	<b>9</b>
	Quantidade/tipo de alimento que ingere	<b>9</b>	<b>0</b>
	Ingestão hídrica	<b>3</b>	<b>6</b>
	Faz as refeições sozinha	<b>1</b>	<b>8</b>
	Faz as refeições em casa	<b>1</b>	<b>8</b>

## 2ª Fase do modelo de parceria (Gomes, 2009) – Envolver-se

<b>INDICADOR: <u>CONHECE A PESSOA IDOSA/FAMÍLIA FACE AOS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES:</u></b>	<b>Registrado</b>	<b>Não registrado</b>
<b>Importância que a pessoa/família atribui à alimentação</b>	<b>0</b>	<b>9</b>
<b>O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu estado nutricional e o que deve fazer para o otimizar</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>O enfermeiro procura conhecer que tipo de ajuda a pessoa idosa e família necessitam</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Enf.º estabelece tempo de modo a conhecer os hábitos alimentares da família Enf.º envolve a família durante as refeições (convida-a/acompanha)</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### 3ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR/CAPACITAR

INDICADOR: <u>PARTILHA O PODER/CONSTRUÇÃO DE UMA AÇÃO CONJUNTA:</u>	Registado	Não registado
Enf.º inclui informação durante a prestação de cuidados	4	
Enf.º partilha informação com a pessoa idosa/família acerca do seu estado nutricional	0	9
Enfermeiro partilha informação, realiza educação terapêutica acerca do regime alimentar	4	
Enfermeiro desenvolve estratégias (por exemplo contacta a dietista e efetua o registo das mesmas)	7	2
Enf.º promove o autocuidado (cuidado de Si) durante as refeições/respeita os tempos da pessoa idosa, ajuda a pessoa a construir um plano alimentar.	7	2

### 4ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE

INDICADOR: <u>DESENVOLVER COMPETÊNCIAS PARA ATINGIR OS OBJETIVOS COMUNS:</u>	Registado	Não registado
O enfermeiro valida as estratégias/objetivos relativos ao estado nutricional da pessoa idosa	0	9
Enf.º ajuda a família ou cuidador a construir a capacidade de cuidar da pessoa idosa.	2	7

### 5ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO

#### OUTRO

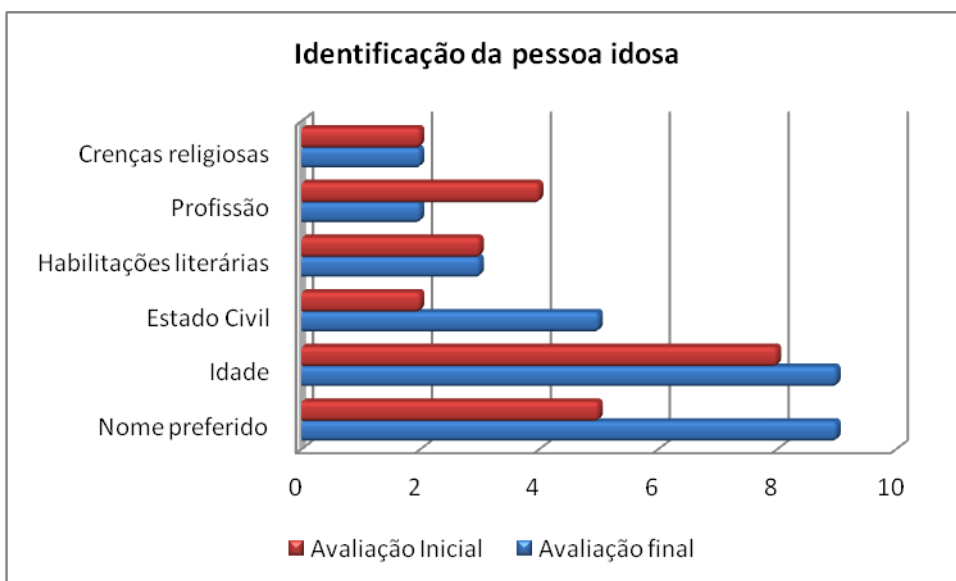
INDICADOR: <u>ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI:</u>	Registado	Não registado
O Enf.º garante que a pessoa idosa e família são detentoras de informação que lhes permita tomar decisões relativas à sua dieta alimentar.	2	7
A pessoa idosa demonstra conforto e bem-estar.	0	9
O Enf.º assegura-se que a família tem conhecimentos acerca das alternativas ao regime alimentar que lhe permita cuidar da pessoa idosa em situações de perda de apetite.	2	7
O Enf.º valida com a pessoa idosa e família o conhecimento de que se mantém como recurso, caso necessite	0	9

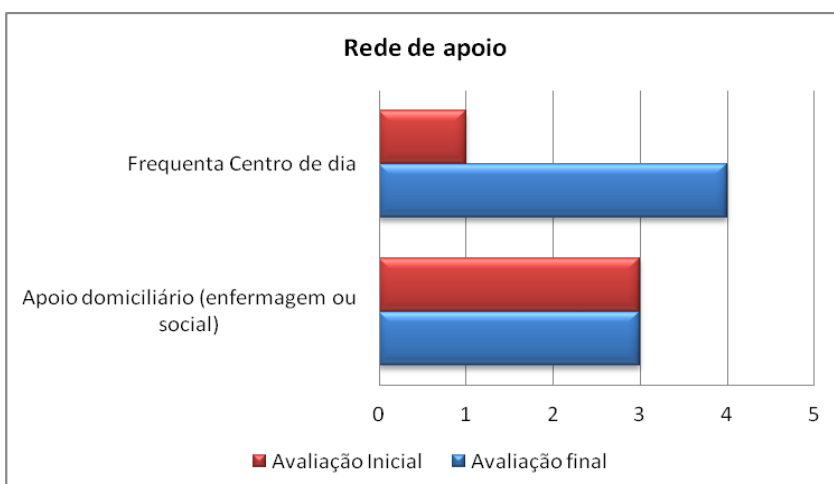
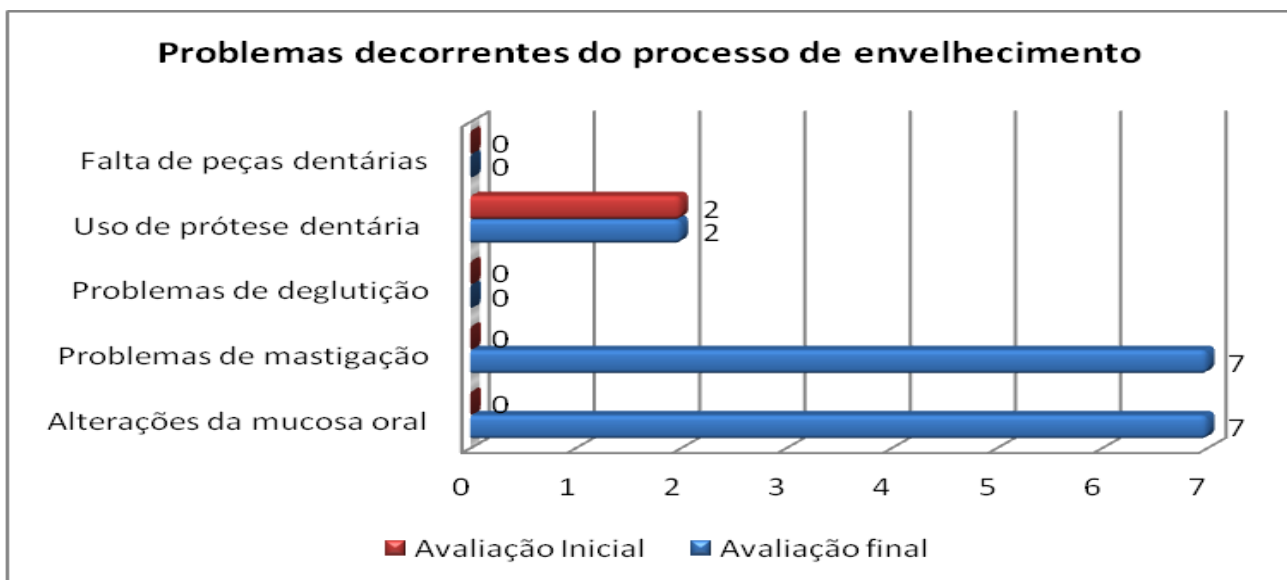
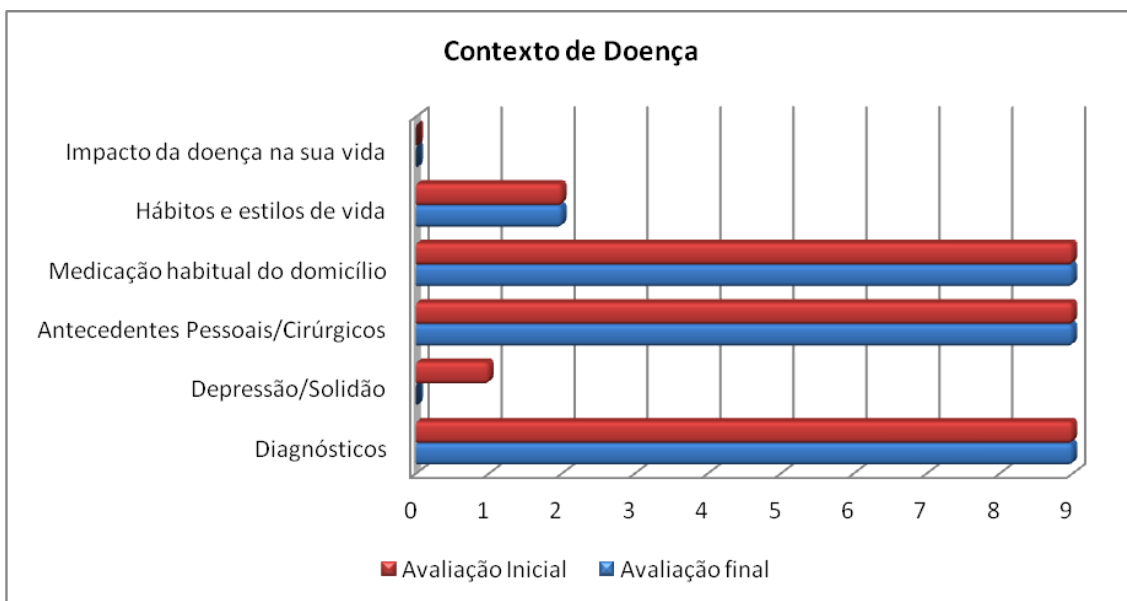
Apêndice XII – Análise comparativa da avaliação inicial e final dos registos de enfermagem

## **Análise comparativa entre a avaliação inicial e final dos registos de enfermagem**

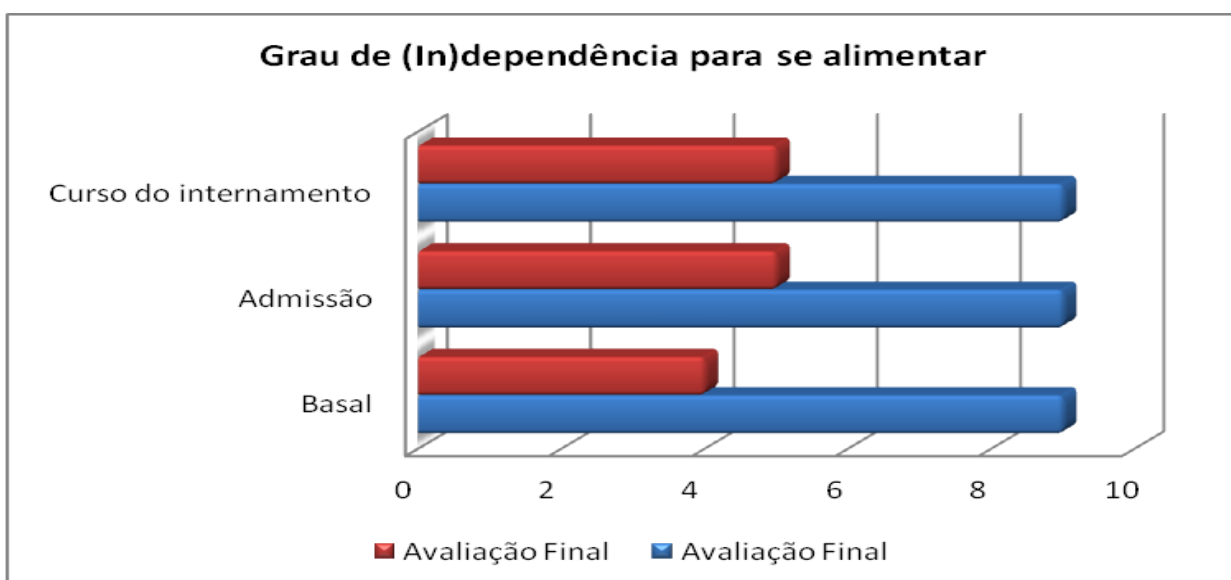
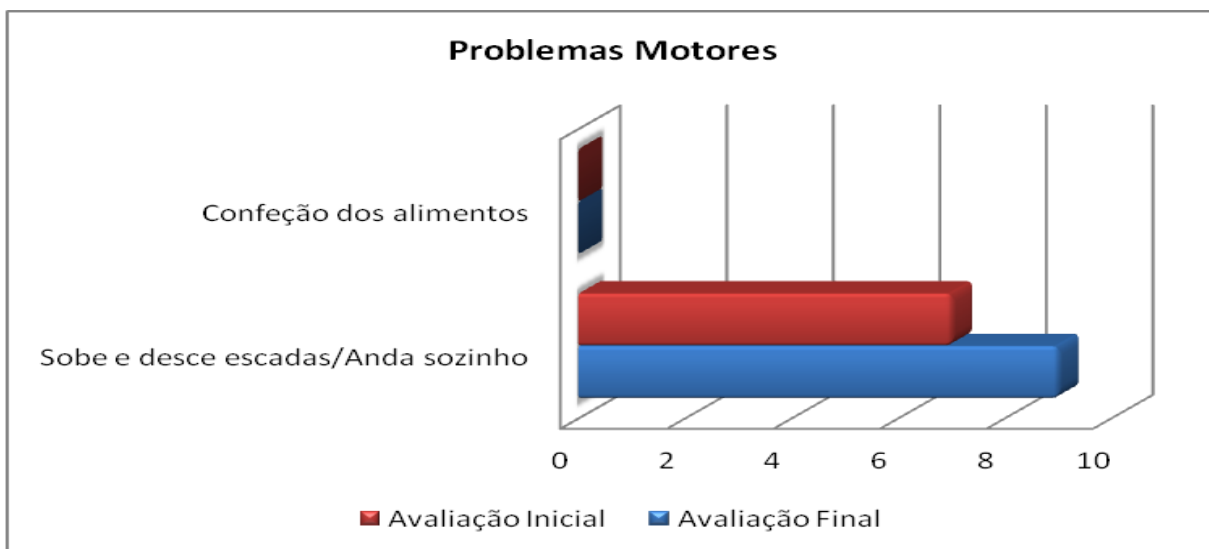
Foram consultados 9 processos de 30/jan a 17/fev/ 2012

### **1ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – REVELAR-SE**

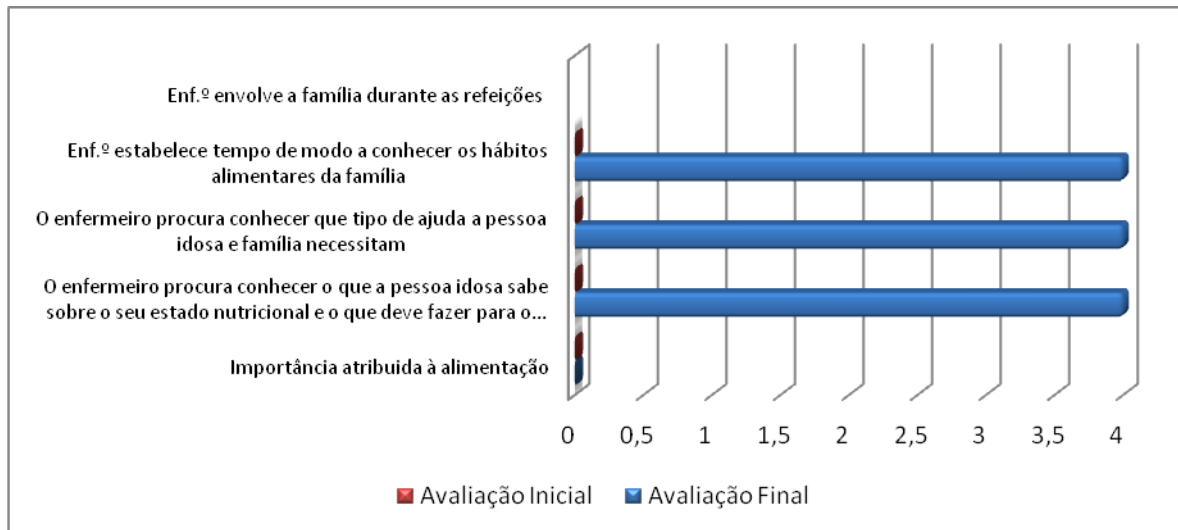




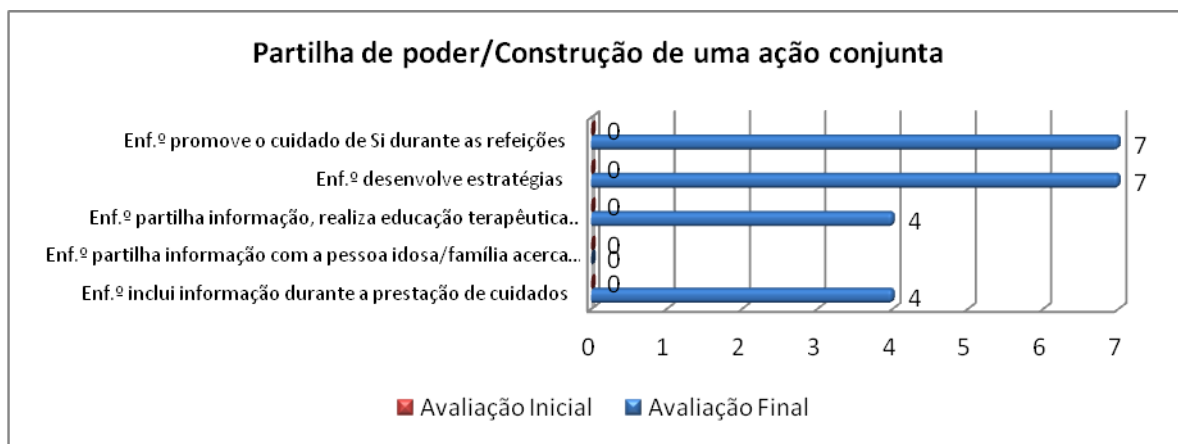




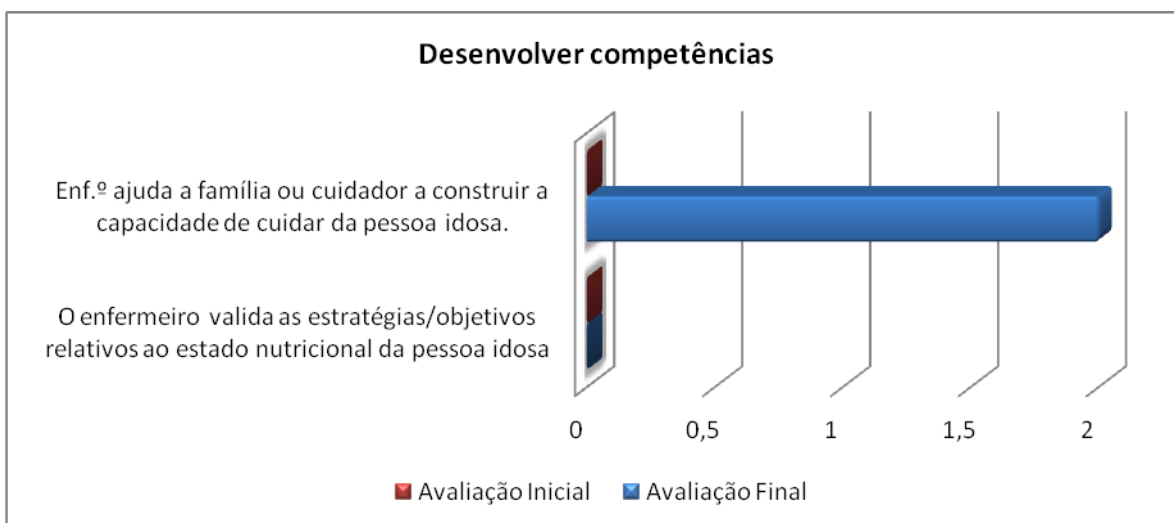
## 2ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ENVOLVER-SE



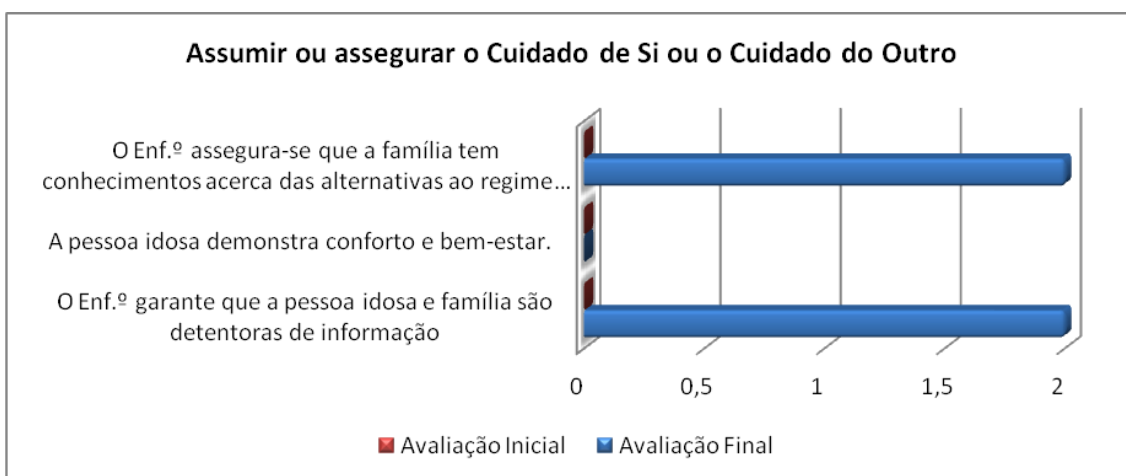
## 3ªFASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – POSSIBILITAR E CAPACITAR



#### 4ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – COMPROMETER-SE



#### 5ª FASE DO MODELO DE PARCERIA (GOMES, 2009) – ASSUMIR O CONTROLO DE SI/ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO



### Apêndice XIII – Enunciado e narrativa da reflexão dos enfermeiros

## REFLEXÃO

(Enunciado)

Pense numa situação específica, de um momento da refeição, que vivenciou recentemente com um doente idoso com Insuficiência Cardíaca hospitalizado.

Situação essa em que tenha existido uma intervenção concreta da sua parte tendo em vista a avaliação e melhoria do estado nutricional do doente.

Peço-lhe que a descreva e reflita sobre a mesma referindo os aspetos que considerou para desenvolver uma intervenção em parceria com a pessoa idosa e família.

### Narrativa das reflexões

Rf1

Há pouco tive um doente à minha responsabilidade com 83 anos, com o diagnóstico de IC, diabético e HTA (embora com valores tensionais controlados). Este doente apresentava anorexia, em turnos consecutivos à minha responsabilidade (comia apenas  $\frac{1}{2}$  da sopa,  $\frac{1}{2}$  da fruta e bebia água) Na hora da visita informei a família acerca do seu estado e de que o doente não comia quase nada. Perguntei-lhe se havia algum tipo de alimento mais apetecido e se haveria disponibilidade por parte da família em trazer alguns alimentos de casa.

A família ficou a saber que podia trazer alguns alimentos e mostrou-se disponível.

Fez-se um acordo com a esposa de nessa tarde trazer 2 pastéis de bacalhau e arroz. Durante a passagem de ocorrências informei a equipa do acordo com a família do doente e que esta iria trazer o jantar, ficou também registado em notas a minha autorização.

Durante todo o internamento a esposa trouxe iogurtes e fruta do agrado do doente e todos os dias combinava com o doente a refeição seguinte.

Apesar do doente ser diabético e hipertenso penso ter sido uma boa opção pois o doente passou a alimentar-se melhor.

Muitas vezes também falo com a dietista, mas penso que resulta melhor combinar com a s famílias, desde que estas possam, pois os doentes gostam mais e acabam por comer melhor. Estas alturas também são boas para realizar ensinios às famílias acerca da dieta recomendada.

Também não posso deixar de dizer que como são doentes crónicos, já os conheço e sei que alguns não têm disponibilidade económica para o fazer e outras tempo e por isso às vezes não sugiro nada.

Rf2

Pensei numa doente com IC para quem foi inicialmente solicitada a dietista para poder personalizar a dieta. A doente manifestava desagrado por a dieta não tinha sal. Foi contactada novamente a dietista para proceder à alteração solicitada personalizando a dieta. Foram introduzidos alguns condimentos como o sumo de limão. Falei também com a o doente para pedir aos familiares alimentos a seu gosto, uma vez que a doente não se estava a alimentar corretamente. Pareceu-me que a doente ficou agradada com esta ideia e que ficou mais recetiva a todo o tratamento.

Rf3

O doente tinha uma dieta personalizada na qual não constava o prato principal tanto ao almoço como ao jantar. Durante o meu turno e ao falar com o doente percebo que o doente fica com fome. Avaliei com o doente as suas necessidades e as suas preferências alimentares, coloquei em notas de observação no pedido de dieta para ser associado o segundo prato. Contatei também a dietista para personalizar a dieta de modo a que o doente não fique com fome. Estas alterações ficaram registadas no processo do doente.

Rf4

Lembro-me do doente com 80 anos de idade que tinha sido internado por um significativo aumento de peso devido a edemas/anasarca. Desconhecendo a causa do

aumento de peso o doente sentia-se gordo referindo frequentemente: *“Estou gordo, inchado, sinto-me pesado! Não consigo andar e cada vez como menos”*.

Constatei que o doente se encontrava pouco esclarecido em relação À sua situação clínica, atribuía o aumento de peso ao que comia, e por isso cada vez comia menos no domicílio.

A minha intervenção desde o início, quando constatei que apenas ingeria 1/3 da refeição não por anorexia, mas sim por medo de engordar, foi procurar esclarecer o doente sobre o real motivo do aumento de peso. A educação para a saúde é uma função de enfermagem, autónoma e que grande relevo tem junto da população alvo. Contudo não é fácil mudar crenças e preconceitos. Foi preciso constatar que a pouco e pouco retomava o seu “aspeto” (tido para si como normal) graças à terapêutica diurética instituída para o doente assumir a veracidade do que lhe tinha sido transmitido, tornando-se assim oportuno o ensino encontrando-se, neste momento, o doente recetivo para o mesmo. Lentamente o doente foi ingerindo a refeição, tendencialmente, na sua totalidade, fazendo uma alimentação equilibrada e mais diversificada.

Num doente com IC a educação para a saúde deverá contemplar também os aspetos relacionados com a nutrição. Cabe ao enfermeiro “desmistificar” as crenças e atitudes face à alimentação e intervir de modo a que o doente não corra riscos.

#### Apêndice XIV – Guião das entrevistas realizadas à pessoa idosa



## Guião das entrevistas à pessoa idosa

Quivy (1998, p. 193) defende que: *a entrevista é a técnica adequada quando se pretende compreender o sentido que os actores dão às suas práticas (...) aos seus acontecimentos (...) ao seu sistema de valores, às suas referências normativas (...) às leituras que fazem das suas próprias experiências.*

Para a concretização deste trabalho selecionei a entrevista semiestruturada que como Fortin (1999, p. 247) refere *o responsável apresenta uma lista de temas a cobrir, formula as questões a partir desses temas e apresenta-os ao respondente segundo uma ordem que lhe convém.*

O investigador tem como finalidade compreender todos os temas propostos, no entanto não detém um controlo rígido sobre o conteúdo, deve permitir que o entrevistado fale livremente intercedendo no sentido de encaminhar a entrevista. Não é necessário que as perguntas se apresentem sempre pela mesma ordem, nem fazendo uso das mesmas palavras.

Foi elaborado o seguinte Guião da Entrevista:

<b>Designação dos Blocos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Formulação das Questões</b>	<b>Observações</b>
<b><u>Bloco A</u></b>  <b><i>Legitimação da entrevista e motivação do entrevistado para a realização temática</i></b>	Legitimar a entrevista  Motivar o entrevistado para a importância do tema	<ul style="list-style-type: none"><li>• Descrever de forma clara e sintética as linhas orientadoras do estudo e respetivos objetivos;</li><li>• Indagar a colaboração do entrevistado para a importância do seu contributo na prossecução do trabalho;</li><li>• Pedir autorização para a gravação integral áudio da entrevista;</li><li>• Assegurar a confidencialidade das</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informar sobre a duração aproximada da entrevista (15 a 20')</li><li>• Esclarecer de forma clara e precisa todas as perguntas efetuadas pelo entrevistado, não proporcionando desvios do bloco e objetivo específico</li></ul>

		informações transmitidas durante a entrevista; • Informar o doente que posteriormente lhe será fornecido o resultado da investigação, caso o solicite;	
<b><u>Bloco B</u></b>  <b><i>Aquisição de dados sociodemográficos</i></b>	• Caracterizar a amostra em estudo	• Data de internamento; • Idade; • Sexo • Com quem vive • Local;	
<b><u>Bloco C</u></b>	• Facilitar a reflexão da pessoa idosa com IC hospitalizada acerca da construção do seu regime dietético.	I. Qual o seu conhecimento acerca do seu estado nutricional para a recuperação do seu processo de doença? II. Recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir? III. Foi convidado(a) a participar na construção dessa dieta ou no desenvolvimento de medidas que contribuam para melhorá-la? IV. Recebeu informação de como se articular com os serviços de saúde caso necessite?	• Escutar a resposta do entrevistado, não permitindo desvio dos objetivos específicos  • Utilização de questões orientadoras do estudo

Para facilitar a condução da entrevista elaborei algumas questões orientadoras:

1)Qual o seu conhecimento acerca do seu estado nutricional para a recuperação do seu processo de doença?

Questões orientadoras:

Sabe qual é a sua doença?

Conhece os sinais e sintomas que caracterizam o seu estado nutricional?

Consegue identificar algum sinal que mostre que não anda a alimentar-se muito bem?

2)Recebeu informação sobre o regime dietético que deve seguir?

Questões orientadoras:

Sabe que dieta deve seguir, por exemplo tipo de alimentos que deve evitar ou que deve comer, o número de refeições que deve fazer ao longo do dia?

Conhece os benefícios para a sua saúde de seguir a dieta recomendada?

Conhece os riscos que corre se não cumprir a dieta?

3)Foi convidado(a) a participar na construção dessa dieta ou no desenvolvimento de medidas que contribuam para melhorá-la?

Questões orientadoras:

Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares, aos seus gostos?

4)Recebeu informação de como se articular com os serviços de saúde caso necessite?

Questões orientadoras:

Sabe quem contactar se tiver dúvidas acerca do seu plano alimentar, da sua dieta?

Sabe quem contactar se piorar ou se sentir que não anda a comer bem, com apetite?

## Apêndice XV – Transcrição das entrevistas realizadas à pessoa idosa

### ENTREVISTA A (pré-teste)

P- Boa tarde gostaria de lhe fazer algumas perguntas acerca do ensino que lhe foi feito sobre a sua dieta. Pode ser?

R – Sim senhora, desde que eu saiba responder.

P - Sabe qual é a sua doença?

R – Sim, Doença do coração, tenho o coração muito fraquinho e também tenho diabetes.

P – Muito bem. Sabe-me dizer algum sinal que indique que anda a alimentar-se mal?

R – Sim, sei ver em mim fico com as pernas mais magrinhas.

P – Fica mais magrinho, não é. E em relação à sua dieta, sabe que dieta deve seguir por exemplo alguns alimentos que deve evitar ou que deve comer?

R – Pouco mais ou menos sei aquilo que devo comer. Há muita coisa que devo evitar como as bebidas e coisas assim. A primeira é já o sal, tenho também que evitar os fritos e também o tabaco mas esse já deixei há muitos anos.

P – Então sabe-me dizer o que ganha se seguir essa dieta, em relação à sua saúde?

R – Sim também como muitas verduras, noto que me faz bem sinto-me melhor. Tudo à base de nabo.

P – Pelo contrário se não cumprir a dieta, se abusar, corre alguns riscos não é? O que acha?

R - Sim fico pior.

P – O que achou relativamente a estas indicações que lhe foram dadas. Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro aos seus gostos?

R - Mais ou menos foi tudo de acordo com os meus gostos. Devia comer mais peixe, mas eu não gosto, não é bem não gosto mas pôr peixe na minha boca é um caso sério. Mas a Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> disse que também não fazia mal podia ser carne, assim já gosto mais.

P – Ainda bem que assim é. Sr. J. se tiver dúvidas acerca da sua dieta sabe a quem recorrer, sabe onde ir?

R – Eu ia habitualmente ao Centro de Saúde de Santo António. Mas agora passo a vir aqui ao Hospital de Dia, foi este ano que comecei a vir ao HDIC. Às vezes eles até telefonem para lá para ver como a coisa vai.

P – Então e se piorar se surgirem sinais e sintomas de descompensação da sua doença ou de que não anda a alimentar-se bem o que faz?

R – Também telefono ou venho ali ao HDIC, as Enf.<sup>a</sup> atendem sempre.

## **ENTREVISTA B**

P – Bom dia Sr.<sup>a</sup> D.M posso-lhe fazer algumas perguntinhas sobre as nossas conversas acerca da sua alimentação

R – Sim senhora, aprendi muitas coisinhas.

P - Sabe me dizer qual é a sua doença?

R – Sim tenho arritmia, bronquite asmática e angina de peito.

P – Conhece algum sinal que indique que anda a alimentar-se mal?

R – Não me alimento mal, não como muita carne nem peixe porque muitas vezes não tenho muito dinheirinho. Mas como legumes, ovo e fruta todos os dias.

P – Mas consegue reconhecer algum sinal que mostre que está pior, do ponto de vista alimentar?

Silêncio..., R – Não

P – Durante o internamento recebeu informação sobre a sua dieta?

P – Sim

P – Sabe dizer-me que dieta deve fazer?

R - Sim. A Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> disse-me para aumentar o número de refeições. Agora lancho de manhã +/- às 10h e à tarde depois janto e à noite também comemos um iogurte. Eu não fazia isso mas agora desde que falei consigo e disse-me as refeições que devia fazer, até já o meu companheiro come um iogurte à noite.

P - Conhece os benefícios para a sua saúde/compensação da sua doença de seguir a dieta recomendada?

Silêncio...

P - Conhece os riscos que corre se não cumprir a dieta?

R – Sim, se não cumprir a dieta posso ficar com mais fraqueza.

P – Em relações às sugestões que lhe foram dadas acerca da dieta acha que foram de encontro aos seus gostos e possibilidades?

R – Sim, foi sim senhora de encontro aos meus gostos. Até me deu a ideia que podia comer feijão, eu que gosto tanto e achava que fazia mal. Que não devíamos comer.

P - Se tiver dúvidas acerca do seu plano alimentar, da sua dieta, sabe quem pode contactar?

R – Sim o HDIC telefono para a Isabelinha, Fátima (refere-se às enfermeiras do HDIC)

P - Sabe quem contactar se surgirem sinais e sintomas de descompensação da sua doença, se se sentir pior ou de que anda a alimentar-se mal?

R – Sim. Quando me sinto atrapalhada. Telefono para as enfermeiras. Outras vezes elas telefonam para saberem como vão as coisas. Sabe tomo muitos comprimidos e como não sei ler as enfermeiras organizam-me os comprimidos.

P - Ok

## **ENTREVISTA C**

P – Boa tarde D.C. foi feito ensino acerca da dieta que deve seguir durante o internamento, recorda-se? Posso fazer-lhe algumas perguntas acerca disso?

R – Pode fazer as perguntas, mas não sei se sei responder. Mas a minha filha está a vir e pode ajudar.

P – Então vamos ver, sabe o nome da sua doença?

R – Sofro do coração, não é?

P – Muito bem. Consegue dizer-me algum sinal que mostre que não anda alimentar-se muito bem?

R – Não eu faço dieta, não como mal.

P – Em relação ao ensino que lhe foi feito, aquilo que lhe disseram em relação aos alimentos que deve comer e aqueles que deve evitar, sabe que dieta deve fazer por exemplo: o número de refeições que deve fazer ao longo do dia, que alimentos deve evitar?

R – Sei que não posso beber muita água, só posso beber meio litro de água e também tenho que pôr pouco sal na comida.

P – Sabe indicar os benefícios para a sua saúde em cumprir a dieta recomendada? Ou seja sabe o que ganha se evitar o sal e reduzir os líquidos.

R – Não fico inchada.

P – Pois, então conhece os riscos que corre se não cumprir a dieta?

R – Isso sei, sei que se beber muita água me incham os pés.

P - Sentiu que as indicações dadas acerca da dieta foram de encontro às suas preferências alimentares, ao seu gosto?

R - Sei que não sou muito comilona, sou gulosa. Antes tinha o problema dos vegetais, é que tomo há muitos anos o Varfine mas os médicos dizem que se for variando os legumes não há problema. De resto como de tudo não gosto muito de sopa.

P – Muito bem e se tiver alguma dúvida em relação à dieta, sabe quem contactar?

R – Sim, vou à consulta da cardiologista, lá em Aveiro, quando *`tou* na casa da minha outra filha, sou acompanhada no hospital e vou lá à consulta. Quando *`tou* pior também vou lá.

P – Pois bem já respondeu a todas as minhas questões.

## ENTREVISTA D

P – Boa tarde D.E. Gostaria de falar mais um pouco acerca da sua dieta, de fazer algumas perguntinhas pode ser?

R – Sim. Diga lá.

P – Sabe o nome da sua doença?

R – Doença do coração, diabetes e dos rins.

P – Boa, sabe dizer-me algum sinal que mostre que não anda a alimentar-se bem?

R – Como Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> não ouço muito bem.

P – Sabe dizer-me os sinais que mostrem que não anda a comer bem?

R – Quando não estou bem eu sinto. Quando não estou bem começo com má disposição, com cara diferente. Noto logo pelo comer já não tenho aquele apetite, olho-me ao espelho e *`tou* diferente. Sinto que já não *`tou* bem outra vez. Com tantos anos em estar doente também vamos aprendendo sobre a nossa situação.



P – Em relação aquilo que lhe foi dito sobre a dieta que deve seguir lembra-se? Sabe que dieta deve fazer? Por exemplo que alimentos lhe fazem bem?

R – Sim é assim. Lá em casa faço duas sopas uma com uma “febra” de peixe, aquele sem espinhas e na outra ponho um bife ou carne para cozer e depois passo tudo. Ensinaram-me assim.

Eu em casa até como sempre segundo prato, mais peixe que carne. Mas às vezes lá como um bife com muito sumo de limão, assim já consigo. Depois à noite quando me vou deitar levo sempre uma caneca de leite comigo para a cama só que às vezes durmo e quando de manha acordo lá está o leite.

P – Sim senhora. Se seguir essa dieta sente que tem benefícios, o que ganha?

R - Quando me sinto melhor abuso. Ia a Belém de autocarro e comia dois pastéis de nata e bebia um sumo.

P – E então sabe, que riscos corre?

R – Acho que não me sentia mal.

P – Sentiu que os ensinamentos que foram feitos foram de acordo com os seus gostos?

R – Sim a dieta foi de encontro aquilo que gosto.

P – E se tiver dúvidas acerca da sua dieta ou outra coisa, sabe quem contactar?

R – Telefone para o “Hospital do Dia”. Sabe eu oiço muito mal mas do meu telefone consigo ouvir bem e quando estou pior, quando me acontece qualquer coisa, telefono para lá, para a Isabel ou para as outras enfermeiras.

P – Sim senhora, gostei de falar consigo não tenho mais nada para perguntar.

## Apêndice XVI – Análise de conteúdo das entrevistas realizadas à pessoa idosa

### **Análise de conteúdo das entrevistas à pessoa idosa**

Após a gravação das entrevistas e a sua posterior transcrição para o papel, sempre como foco de preocupação a garantia do anonimato, iniciei o processo de codificação das mesmas.

A opção metodológica para o tratamento dos dados foi a análise de conteúdo, seguindo a linha orientadora de Bardin (2009).

As entrevistas foram denominadas com letras de A a D e as questões identificadas com a letra correspondente ao bloco em que se insere.

Segundo Bardin (2009) a codificação estabelece uma representação do conteúdo do texto, segundo a mesma autora (2009, p.129) “a organização da codificação compreende três escolhas:

-O Recorte: escolha das unidades;

-A Enumeração: escolha das regras de contagem;

-A Classificação e agregação: escolha das categorias.”

A escolha das unidades de registo e de contexto deve dar resposta aos objetivos em análise e são entendidas como “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base” (Bardin, 2009, p. 130). Tendo em conta a teoria de Bardin (2009) e nos dados recolhidos procedi ao agrupamento das unidades de registo definindo as categorias e as áreas temáticas à priori conforme quadro seguinte.

Área temática	Categoria
Conhecimento acerca do seu processo de saúde	Demonstra conhecimento sobre a sua doença
	Demonstra conhecimento sobre a sua condição alimentar
Informação sobre o regime dietético	Demonstra conhecimento sobre o seu regime dietético
	Demonstra conhecimento sobre risco/benefícios do regime alimentar para a sua saúde
Participação na construção do regime alimentar	Sentiu-se incluído na construção da dieta
Articulação com os serviços de saúde	Demonstra conhecimento sobre contatos que assegurem o controlo do Cuidado de Si.

**Quadro 1 – Área temática** Conhecimento acerca do seu processo de saúde

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
CONHECIMENTO ACERCA DO SEU PROCESSO DE SAÚDE	Demonstra conhecimento sobre a sua doença	<p>Sim, Doença do coração, tenho o coração muito fraquinho e também tenho diabetes <b>(AC1)</b></p> <p>“Sim tenho arritmia, bronquite asmática e angina de peito” <b>(BC1)</b></p> <p>“Sofro do coração, não é?” <b>(CC1)</b></p> <p>“Doença do coração, diabetes e dos rins”. <b>(DC1)</b></p>
	Demonstra conhecimento acerca da sua condição alimentar	<p>“Sei ver em mim fico com as pernas mais magrinhas.” [Refere-se às alterações no seu corpo quando não se alimenta corretamente] <b>(AC1)</b></p> <p>“Quando não estou bem começo com má disposição, com cara diferente. Noto logo pelo comer já não tenho aquele apetite, olho-me ao espelho e `tou diferente. Sinto que já não `tou bem outra vez. Com tantos anos em estar doente também vamos aprendendo sobre a nossa situação”. <b>(DC1)</b></p>

**Quadro 2 – Área temática Informação sobre o regime dietético**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
INFORMAÇÃO SOBRE O REGIME DIETÉTICO	Demonstra conhecimento sobre o seu regime dietético	<p>“Pouco mais ou menos sei aquilo que devo comer. Há muita coisa que devo evitar como as bebidas e coisas assim. A primeira é já o sal, tenho também que evitar os fritos e também o tabaco mas esse já deixei há muitos anos”. <b>(AC2)</b></p> <p>“Sim. A Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> disse-me para aumentar o número de refeições. Agora lancho de manhã +/- às 10h e à tarde depois janto e à noite também comemos um iogurte. Eu não fazia isso mas agora desde que falei consigo e disse-me as refeições que devia fazer, até já o meu companheiro come um iogurte à noite” <b>(BC2)</b></p> <p>“Sei que não posso beber muita água, só posso beber meio litro de água e também tenho que pôr pouco sal na comida.” <b>(CC2)</b></p> <p>“Lá em casa faço duas sopas uma com uma “febra” de peixe, aquele sem espinhas e na outra ponho um bife ou carne para cozer e depois passo tudo. Ensinaram-me assim” <b>(DC2)</b></p> <p>“Depois à noite quando me vou deitar levo sempre uma caneca de leite comigo” <b>(DC2)</b></p>
	Demonstra conhecimentos sobre risco/benefícios do regime alimentar para a sua saúde	<p>“Sim também como muitas verduras, noto que me faz bem sinto-me melhor. Tudo à base de nabo” <b>(AC2)</b></p> <p>“Sim fico pior” <b>(AC2)</b></p> <p>“Sim, se não cumprir a dieta posso ficar com mais fraqueza” <b>(BC2)</b></p> <p>“Isso sei, sei que se beber muita água me incham os pés” <b>(CC2)</b></p>

**Quadro 3 – Área temática Participação na construção do regime alimentar**

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
<p><b>PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO REGIME ALIMENTAR</b></p>	<p><b>Sentiu-se incluído na construção da dieta</b></p>	<p>“Mais ou menos foi tudo de acordo com os meus gostos” <b>(AC3)</b></p> <p>“Sim, foi sim senhora de encontro aos meus gostos. Até me deu a ideia que podia comer feijão, eu que gosto tanto e achava que fazia mal. Que não devíamos comer” <b>(BC3)</b></p> <p>“Sim a dieta foi de encontro aquilo que gosto” <b>(DC3)</b></p>

Quadro 4 – Área temática Articulação com os serviços de saúde

ÁREA TEMÁTICA	CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTO
Articulação com os serviços de saúde	Demonstra conhecimentos sobre contactos que assegurem o controlo do cuidado de Si	<p>“Eu ia habitualmente ao Centro de Saúde de Santo António. Mas agora passo a vir aqui ao Hospital de Dia, foi este ano que comecei a vir ao HDIC. Às vezes eles até telefonem para lá para ver como a coisa vai. <b>(AC4)</b></p> <p>Também telefono ou venho ali ao HDIC, as Enf.<sup>a</sup> atendem sempre <b>(AC4)</b></p> <p>“Sim o HDIC telefono para a Isabelinha, Fátima” <b>(BC4)</b></p> <p>“Sim, vou à consulta da cardiologista, lá em Aveiro, quando `tou na casa da minha outra filha, sou acompanhada no hospital e vou lá à consulta. Quando `tou pior também vou lá” <b>(CC4)</b></p> <p>“Telefono para o “Hospital do Dia”. Sabe eu oiço muito mal mas do meu telefone consigo ouvir bem e quando estou pior, quando me acontece qualquer coisa, telefono para lá, para a Isabel ou para as outras enfermeiras.” <b>(DC4)</b></p>